

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Psicología General



TESIS DOCTORAL

Criterios y predictores directos del alcoholismo

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

María Cristina López Altschwager

Madrid, 2015



x- 53-099936-9

María Cristina López Altschwager

CRITERIOS Y PREDICTORES DIRECTOS DEL ALCOHOLISMO

Departamento de Psicología General
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid
1983



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

TP
1983
160

Colección Tesis Doctorales. Nº 160/83

© M^a Cristina López Altschwager
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1983
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-21428-1983

Universidad Complutense de Madrid
Facultad de Psicología

CRITERIOS Y PREDICTORES DIRECTOS DEL ALCOHOLISMO

Director:

Prof. Dr. D. José Luis Pinillos Díaz

Doctorando:

D^a M^a Cristina López Altschwager

•
Madrid, Mayo de 1982

A Fernando

I N D I C E

página

I. MARCO TEORICO, METODOLOGICO Y EMPIRICO

1. MARCO TEORICO

1.1. Definiciones y modelos.....	1
1.2. El concepto de alcoholismo como enfermedad	6
1.2.1. Implicaciones.....	6
1.2.2. Consecuencias sociales del concepto de enfermedad.....	8
1.2.3. Consecuencias para el alcohólico.....	9
1.2.4. Consecuencias para el diagnóstico.....	10
1.2.5. Consecuencias para la terapia.....	10
1.2.6. Consecuencias para la prevención.....	11
1.2.7. Consecuencias para la investigación.....	12
1.3. Adicción, "ansia" y "pérdida de control"..	13
1.4. Dependencia y tolerancia.....	16
1.5. El "bebedor-problemático" o "consumo problemático de alcohol".....	17
1.6. Teorías acerca de los predictores o "cova- riables" directas del consumo problemático de alcohol.....	21
1.6.1. El concepto de "covariables" directas...	21
1.6.2. Teorías socioculturales.....	23
1.6.2.1. Estructura general de estas teorías...	23
1.6.2.2. Confusión o ambivalencia en las normas de consumo.....	28
1.6.2.3. Finalidad del consumo de alcohol.....	32
1.6.2.4. El modelo de "rotulación" (labeling)...	34
1.6.2.5. El modelo de "distribución y consumo".	39

	<u>página</u>
1.6.3. Teorías basadas en el aprendizaje.....	40
1.6.3.1. Estructura general de estas teorías..	41
1.6.3.2. Efecto positivo real del alcohol.....	42
1.6.3.3. El modelo de reducción de la ansiedad	43
1.6.3.4. Alcoholismo como forma inadecuada de consumo.....	45
1.6.3.5. Alcoholismo como forma de interacción social.....	45
 2. METODOLOGIA	
2.1. Métodos indirectos.....	48
2.1.1. Problemática general de estos métodos..	48
2.1.2. El método de JELLINEK.....	49
2.1.3. El método de LEDERMANN.....	54
2.1.4. Otros métodos indirectos.....	56
2.2. Métodos directos.....	57
2.2.1. Observaciones en entornos naturales....	58
2.2.1.1. Observaciones no-tipificadas.....	58
2.2.1.2. Observaciones tipificadas.....	60
2.2.2. Observaciones en condiciones experi- mentales.....	61
2.2.3. Técnicas proyectivas.....	63
2.2.4. Encuestas.....	65
2.2.4.1. Problemas generales y específicos de este método.....	65
2.2.4.2. Escalas para la evaluación de la cantidad de alcohol consumido.....	67
2.2.4.3. Escalas para la detección de los problemas causados por el consumo de alcohol.....	71
2.2.4.4. Escalas para la evaluación de las covariables directas.....	74

III

página

2.2.4.5. Escalas para la detección de una personalidad alcohólica.....	75
--	----

3. MARCO EMPIRICO

3.1. Extensión y tipos de consumo problemático de alcohol.....	77
3.1.1. Volumen de consumo alcohólico.....	77
3.1.2. Problemas causados por el consumo alcohólico.....	80
3.1.2.1. Problemas relacionados con la salud..	85
3.1.2.2. Accidentes e infracciones de tráfico.	90
3.1.2.3. Problemas laborales.....	93
3.1.2.4. Problemas conyugales.....	96
3.1.2.5. Delincuencia.....	96
3.2. Predictores (covariables) directos.....	98
3.2.1. Modos de consumo y situaciones en las que se ingiere alcohol.....	98
3.2.2. Normas y actitudes frente al consumo...	106
3.2.3. Motivación para el consumo alcohólico..	114
3.2.4. Actitudes frente a los alcohólicos.....	122
3.2.5. Efecto inmediato del alcohol.....	130
3.2.5.1. Efectos percibidos subjetivamente....	131
3.2.5.2. Efectos sobre las conductas sociales.	137
1) Efecto sobre la conducta sexual.....	137
2) Efecto sobre la conducta agresiva.....	141
3) Efecto sobre otras conductas sociales.....	144
3.3. Relación con características demográficas	145
3.3.1. Sexo y edad.....	147
3.3.2. Estado civil.....	158
3.3.3. Nivel socioeconómico.....	158
3.3.4. Domicilio.....	165

página

II. ESTUDIO ACERCA DEL ALCOHOLISMO, SUS CRITERIOS Y PREDICTORES

1. JUSTIFICACION DEL TRABAJO REALIZADO

1.1. Planteamiento del problema.....	167
1.2. Elección de criterios.....	168
1.3. Elección de las covariables directas.....	170
1.4. Inclusión de características demográficas	171
1.5. Elección del método.....	171
1.6. Elección de la muestra.....	172

2. METODOLOGIA EMPLEADA

2.1. Planteamiento global de la investigación.	176
2.2. Construcción y elaboración de las escalas	176
2.3. Obtención de la muestra.....	179
2.4. Realización del estudio.....	179
2.5. Elaboración de los datos y análisis estadístico.....	181
2.6. Limitaciones del valor informativo de los resultados.....	185

3. RESULTADOS

3.1. Características demográficas de la muestra.....	188
3.1.1. Sexo y edad.....	188
3.1.2. Situación familiar.....	189
3.1.3. Nivel socioeconómico.....	191
3.1.4. Número de habitantes de la población de origen.....	191
3.1.5. Comparación de la muestra con datos estadísticos oficiales.....	191
3.1.6. Resumen de los datos demográficos.....	200

	<u>página</u>
3.2. Resultados respecto a las variables-	
-criterio.....	201
3.2.1. Elección de criterios.....	201
3.2.2. Análisis de las variables criterioales..	203
1) Nivel de consumo de alcohol.....	203
2) Problemas más o menos frecuentes causados por el consumo de alcohol.....	211
3) Relaciones entre cantidad de consumo alco- hólico y los problemas causados por el con- sumo.....	218
3.2.3. Resumen de los datos referentes a las variables de criterio.....	224
3.3. Relaciones entre las variables de crite- rio y las variables de control.....	225
3.3.1. Relaciones con edad y sexo.....	225
3.3.2. Relaciones con situación familiar.....	228
3.3.3. Relaciones con el nivel socioeconómico.	230
3.3.4. Resumen de las relaciones entre va- riables criterioales y de control.....	233
3.4. Análisis factorial de las covariables directas del consumo.....	234
3.4.1. Grupos temáticos de las escalas.....	234
3.4.2. Técnica de análisis de datos.....	236
3.4.3. Descripción de los factores.....	238
1) Normas y actitudes frente al consumo de alcohol, los alcohólicos y los abstemios...	238
2) Motivación para el consumo alcohólico.....	242
3) Patrones y circunstancias de consumo.....	248
4) Efectos inmediatos del alcohol.....	252
3.5. Relaciones entre los factores de las covariables directas y las variables de control.....	253

página

3.6. Relaciones entre los factores de las covariables directas y las variables de criterio.....	259
3.6.1. Predicción de los criterios en base a las covariables directas.....	260
3.6.2. Interpretación de las correlaciones entre los factores de las covariables directas y las variables criterioales, atendiendo al contenido.....	268
1) Factores irrelevantes de las covariables directas.....	269
2) Factores de las covariables directas que no se relacionan con el consumo problemático de alcohol.....	270
3) Covariables directas que se relacionan con el consumo problemático del alcohol....	273
4) Elaboración de nuevos modelos del consumo problemático de alcohol.....	280
3.6.3. Resumen.....	284
3.7. Diferencias entre alcohólicos, bebedores con problemas y otros consumidores de alcohol.....	286
3.7.1. Definición de los grupos.....	286
3.7.2. Diferencias en los criterios de consumo	288
1) Problemas causados por el consumo.....	289
2) Nivel de consumo de alcohol.....	293
3) Diferencias en las variables de control....	298
4) Diferencias en los factores de las covariables directas.....	303
5) Diferencias en la "escala de mentiras"....	313
6) Resumen de los resultados.....	315

VII

	<u>página</u>
EPILOGO: CONCLUSIONES GENERALES.....	317
BIBLIOGRAFIA.....	326

I. MARCO TEORICO, METODOLOGICO Y EMPIRICO

Esta tesis tiene por finalidad presentar una investigación extensiva y de amplio espectro en base a cuestionarios, destinada a explorar, determinar y analizar las relaciones entre una serie de variables consideradas como definitorias (también denominadas criterioales) del alcoholismo, y una serie de predictores o covariables del consumo alcohólico.

Los términos teóricos, metodológicos y experimentales utilizados se detallan a continuación.

1. MARCO TEORICO

1.1. Definiciones y modelos.-

Aunque el presente trabajo está asentado en el terreno de la investigación acerca del alcoholismo, utiliza y analiza empíricamente un concepto de alcoholismo diferente al tradicional. Por este motivo, parece adecuado comenzar anteponiendo a la parte empírica una discusión amplia acerca de las definiciones y conceptos en este terreno, con la finalidad de dejar en claro las razones para la elección del concepto utilizado en el trabajo. No se puede resaltar suficientemente la importancia de una reflexión acerca de las definiciones y modelos, así como de su trasfondo histórico, puesto que habitualmente suelen guiar, a veces como mecanismos implícitos de control, los trabajos de investigación, determinando en parte la interpretación de los resultados obtenidos.

Al revisar el material acerca del tema parece, a primera vista, que la definición del fenómeno mismo ("¿Qué es el alcoholismo?"), se ha visto relegada a segundo término en favor de sus determinantes ("¿Cuáles son las causas del alcoholismo?"). Esta tendencia general la verba-

lizó hace algunos años SCHEFF (1973), en una cita harto conocida: "Los psicólogos e investigadores sociales aceptan demasiado a menudo como absolutamente válidos los resultados de los diagnósticos psiquiátricos. Al fin y al cabo, para el investigador significa un gran alivio poder adoptar la medida convencionalmente aceptada por la sociedad para la variable dependiente que constituye la anormalidad psíquica, compleja y difícil de puntualizar. Así queda libre para realizar mediciones precisas, fiables y válidas de las variables independientes elegidas. A causa de esta falacia, existe hoy en día un número angustiosamente grande de trabajos en los cuales se refleja una absurda situación, en la cual se han desarrollado métodos extraordinariamente finos y complejos para medir las variables independientes, sean genéticas, bioquímicas, psicológicas, culturales, o de cualquier otro tipo, mientras que los métodos de medición de la "enfermedad mental" quedan sujetos al juego de azar oscuro e imprevisible del proceso de esclarecimiento psiquiátrico."

Los intentos de definición se cristalizan en torno a los términos "alcoholismo" y "alcohólico". Desde hace algunos años, también se maneja el término "bebedor-problemático" o "problemas del consumo alcohólico" ("drinking problems"). Se utilizan también términos más amplios, tales como "adicción" y "dependencia", en la definición y, según la división del síndrome total, se habla de "pérdida de control" y de "ansia" ("craving"). "Consumo alcohólico" y "consumo excesivo" habitualmente no se definen.

No existe, hoy por hoy, ninguna definición unitaria del término "alcoholismo", pese a que éste se ha impuesto universalmente y a que se utiliza con frecuencia como si existiera un acuerdo obvio, cuasi dado por la naturaleza del fenómeno, acerca de lo que se deba entender por él. Por el contrario, en la actualidad hay una controver

sia violenta acerca de su definición.

En gran parte, la dificultad para llegar a un acuerdo en cuanto a su definición surge del hecho que el "alcoholismo" es un fenómeno que ocupa a una gran diversidad de disciplinas, con conceptos básicos muy diversos y modelos de pensamiento divergentes: psiquiatría, farmacología, sociología, bioquímica, antropología, neurología, etc. Además, el consumo de alcohol fue durante siglos objeto de controversias morales, religiosas, políticas y emocionales, lo que sin duda sigue influyendo en los puntos de vista defendidos actualmente.

SIEGLER y cols. elaboraron en 1968 una lista de ocho modelos básicos, según los cuales se califica al alcoholismo como mal o pecado, como enfermedad, como problema social, o como alteración emocional. Los ocho modelos se diferencian, de acuerdo con su concepto del alcoholismo, de la siguiente manera:

- 1) "Modelo de incapacidad": Considera al alcohólico como un inválido y bebedor sin esperanza, al cual sólo se puede resguardar, pero jamás sanar o ayudar;
- 2) "Modelo moralista seco": Ve el alcoholismo como un error moral cuyo castigo natural son las consecuencias negativas para el bebedor. Se rechaza todo tipo de consumo alcohólico;
- 3) "Modelo moralista húmedo": Ve al alcohólico como un bebedor que no obedece las reglas de la sociedad. Se considera el alcoholismo como una manera inadecuada, inaceptable, de beber;
- 4) "Modelo de Alcohólicos Anónimos": Ve el alcoholismo como una enfermedad incurable, progresiva y a menudo fatal, además de un problema espiritual y religioso para el afectado. El alcohol es "veneno" para el alcohólico, aunque no para el bebedor normal;
- 5) "Modelo psicoanalítico": En este caso, el alcohol-

lismo es el síntoma de una neurosis subyacente grave:
Los alcohólicos son personalidades dependientes;

6) "Modelo de interacción familiar": Considera el alcoholismo dentro de un juego de roles con varios participantes, en el cual se adjudicó a uno de ellos el rol de alcohólico, siendo esta adjudicación beneficiosa para todos los participantes;

7) "Modelo médico tradicional": Ve el alcoholismo como una grave enfermedad progresiva, a menudo fatal, provocada por la conducta inmoral (consumo excesivo de alcohol) del paciente mismo;

8) "Modelo médico 'nuevo'": En este caso, el alcoholismo también es una enfermedad progresiva, a menudo fatal, pero posiblemente hereditaria, en la cual el metabolismo del enfermo está conformado de manera tal, que lo hace depender del alcohol.

SIEGLER y cols. (1968) describen cada uno de estos modelos con respecto a once dimensiones (por ejemplo: tratamiento, pronóstico, actitud frente al suicidio de alcohólicos), utilizando la definición básica como punto de partida para la actitud en cada una de estas dimensiones. WARD, en 1980, ratifica en parte estos modelos, en su revisión acerca de la teoría y el tratamiento del alcoholismo, aunque prefiere unir en el "modelo sociológico" los dos "modelos moralistas", agregando, además, el "modelo conductual", el cual negaría el concepto de enfermedad física y el concepto de alcoholismo como resultado de motivaciones inconscientes, centrándose más bien en el aprendizaje de pautas erróneas para el consumo de alcohol. Por otra parte, numerosos autores, entre ellos, ZIMERING y CALHOUN (1976), decantan tres modelos principales: El modelo de "adicción física", del cual JELLINEK (1960) es el principal representante, el modelo de "rasgos de personalidad alcohólica", que defienden, entre o-

tros, BLANE (1970) y LIZANSKY (1972), y, por último, el modelo basado en las teorías del aprendizaje, planteado por CONGER (1951), KEPNER (1964), ZWERLING y ROSENBAUM (1959) y muchos más.

Aunque los modelos más impregnados de actitudes moralistas ya no se propagan hoy en día de modo oficial, aún están activos dentro de la sociedad. Por otra parte, una actitud moralista difícilmente puede tener mucha fuerza, aún en el ámbito científico, en países con tradición en el cultivo de vides y cebada. Es difícil mantener tal actitud en países que, como Italia, tienen el vino como alimento fundamental en su dieta y en los cuales una gran parte de la población vive de la producción vinícola. Tales países no han tenido nunca épocas de prohibición de venta de alcohol, las cuales son signos seguros del "modelo moralista seco". La actitud anti-alcohólica corresponde más bien a la ética puritana-protestante que influyó históricamente en Norteamérica. Tal actitud contra el alcohol no se refiere sólo al consumo, sino también a conductas socialmente prohibidas que, se teme, surgirán a partir de éste. La difusión de la "moral seca" también se puede deducir del número de abstemios voluntarios en un país, así como de las restricciones impuestas por las normas sociales, que se plasman en leyes respecto a la venta y consumo de bebidas alcohólicas.

En Alemania Federal, país en el cual se obtuvo la muestra para este estudio, la descalificación moral parece más bien tomar la forma de la "moral húmeda". Esta fue defendida en años anteriores de modo oficial y científico y, hoy en día, de modo no-oficial. En contraste con el "modelo moralista seco", en este caso se hace una severa distinción entre el bebedor normal y el alcohólico. Mientras que el consumo moderado de alcohol se sanciona generalmente de modo positivo (más bien se sospe-

cha, socialmente, de los que no beben), se considera el estereotipo del alcohólico como negativo y repelente (WIESER, 1973; KRAMPEN y NISPEL, 1979). El modelo moralista se separó en Alemania Federal oficialmente de los modelos médicos, aunque esto sólo fue posible tras el "Tercer Reich". Tal separación se detecta en un cambio de la terminología al uso (BERGER y cols., 1979).

1.2. El concepto de alcoholismo como enfermedad.-

1.2.1. Implicaciones.

Entre todos los modelos en discusión, los modelos médicos han ocupado el mayor volumen de publicaciones y polémicas. Como ejemplos se pueden citar las publicaciones de WEXBERG (1951), SEELEY (1959), MARCONI (1959), JELLINEK (1960), MAYFELD (1967), EDWARDS (1968), MOORE (1968), DARGENT (1968), MELLO (1972), GITLOW (1973), SYTINSKY (1973), TOLOR y TAMERIN (1973), HARPER (1974), CULL y HARDY (1974), TAMERIN y NEUMANN (1974), EWING (1977), LOPEZ-IBOR (1977), SNYDER (1980).

De todos estos autores, el modelo más conocido es el de JELLINEK (1952), en el cual se describe el transcurso cuasi natural del alcoholismo, dividido en cuatro fases, dentro de las cuales se distinguiría una ordenación característica de los síntomas. Brevemente, describe lo siguiente:

1) Fase pre-alcohólica: En la que se observa un paso paulatino desde el consumo ocasional al consumo constante de alcohol, con el fin de aliviar incomodidades físicas o emocionales. Además, se observa un aumento de tolerancia al alcohol.

2) Fase prodrómica: Se caracteriza por amnesias frente a los acontecimientos acaecidos durante el consumo de

alcohol, aun en cantidades mínimas. Otros síntomas son el consumo ávido de alcohol y una ocupación incrementada, aunque secreta, con el tema.

3) Fase decisiva: En la cual el bebedor pierde el control de su consumo. Cada episodio alcohólico se transforma en una reacción en cadena, en la cual se vivencia la necesidad física de beber. Los episodios de a buso alcohólico se separan típicamente por fases de absoluta abstinencia. La conducta anómala frente al alcohol se acompaña de sentimientos de miedo, culpabilidad, agresiones y aislamiento social. Es en esta fase en la que el bebedor cumple por vez primera los requisitos para la calificación de "alcohólico". Comienza a beber por las mañanas, a descuidar su alimentación y debe sufrir las primeras hospitalizaciones.

4) Fase crónica: Se caracteriza por largos períodos de intoxicación, en los cuales se produce lentamente un desmoronamiento físico y psíquico. Aparecen fuertes síntomas de privación y la tolerancia al alcohol desciende a los niveles normales, o por debajo de ellos.

Las principales ventajas de la definición del alcoholismo como enfermedad residen en que permite centrarse en las complicaciones médicas del problema y la necesidad de su tratamiento, dejando de lado los aspectos morales. Sin embargo, el concepto de enfermedad subyacente es, a su vez, cuestionable. Se postula a veces una etiología genética, orgánica o fisiológica (MARCONI, 1967, 1969; EDWARDS, 1968; STIBLER y cols., 1980) cuya comprobación es, sin embargo, muy difícil. Otros autores definen el proceso patológico simplemente como una interacción entre estilo de vida, agente, y ambiente (MENDELSON y MELLO, 1969; MELLO, 1972; VAN-DIJK, 1979). Tal concepto de enfermedad se acerca mucho más a los conceptos sociológicos y conductuales, en contraste con

el antiguo modelo médico. Desde el punto de vista sociológico, se objetaba justamente en contra del modelo médico el hecho que dejaba de lado los condicionamientos sociales, es decir, que situaba automáticamente la génesis de la enfermedad en el individuo (SEELEY, 1959a; REINERT, 1968; SARGENT, 1968; WILLIAMS, 1974; SADAIVA, 1978). La definición de MELLO y MENDELSON soslava esta crítica y tiene además la ventaja de subrayar la importancia del agente indispensable, el alcohol: Este agente distingue al alcoholismo de la mayor parte de las alteraciones comportamentales, las cuales no necesitan un ingrediente fisiológico tan específico para su desarrollo.

Por otra parte, el problema de una definición tan amplia radica en la dificultad de distinguir entre alcoholismo y los procesos que no lo serían. Según esta definición, cualquier ingestión de alcohol, aún más, cualquier ingestión de alimentos, podría interpretarse como "enfermiza", en determinadas condiciones, o de acuerdo con determinadas normas.

1.2.2. Consecuencias sociales del concepto de enfermedad.

Puesto que las causas del alcoholismo, sean cuales sean, se atribuyen al individuo mismo, la sociedad queda libre en gran medida de toda responsabilidad. Por así decirlo, el alcoholismo es el destino del sujeto que lo padece. A lo más, se asume una responsabilidad caritativa de apoyo a la víctima; por ejemplo, permitiendo que la Seguridad Social cubra los gastos de tratamiento hospitalario. Además, se pueden tomar medidas para la detección temprana de tales personas. Sin embargo, ni la propaganda, ni cualquier otra influencia de la industrialización del alcohol puede considerarse responsable del problema.

La enfermedad del individuo no tiene nada que ver con la distribución del alcohol, puesto que el sujeto estaba "predestinado" a convertirse en alcohólico. Desde este punto de vista, se puede hacer, sin problemas éticos, propaganda de todos los aspectos positivos del consumo de alcohol, puesto que el bebedor "normal", no portador de la enfermedad, no corre peligro - su consumo alcohólico no lo llevará a consecuencias negativas.

1.2.3. Consecuencias para el alcohólico.

De acuerdo con el nuevo modelo médico, el individuo no es tampoco responsable de su alcoholismo. Puesto que para éste es más fácil admitir una enfermedad de la que no es responsable que admitir un vicio, se espera de la propagación de este modelo una mayor disposición para someterse a tratamiento. Sin embargo, otros aspectos del concepto disminuyen esta posible consecuencia positiva del modelo: Al plantearse la enfermedad como irreversible ("una vez alcohólico, siempre alcohólico"), las personas en estadios tempranos de alcoholismo temen admitirse a sí mismas como tales. REINERT (1968) afirma que de este modo, la irreversibilidad se convierte en una profecía autocumplida: Si el entorno social del afectado cree en ella, lo tratarán con el correspondiente reparo, convirtiéndolo en un marginado social. No es de admirarse entonces que la mayoría se niegue a admitir públicamente su alcoholismo, empleando todo tipo de "estrategias de disimulo" para librarse de los estigmas y discriminaciones producidos por la admisión de su "enfermedad".

Finalmente, el concepto empuja al afectado hacia el rol pasivo de "enfermo", el cual nada puede hacer por sí solo contra su alteración y al cual hasta se le puede forzar a admitir un tratamiento. SZASZ (citado en CAHA-

LAN, 1970), considera esto una catástrofe desde el punto de vista moral y social, puesto que el resultado final es la privación de libertades personales en nombre de una a ayuda médica. Tal idea también surge en las revisiones posteriores del problema y de sus consecuencias, enfatizándose el círculo vicioso que implica (McCARTHY, 1975; BACK y SULLIVAN, 1978).

1.2.4. Consecuencias para el diagnóstico.

CAHALAN (1970) atribuye la tajante diferenciación entre bebedores normales de alcohol y alcohólicos, contenida en el modelo de enfermedad, al pensamiento aristotélico tan difundido en nuestra cultura, el cual define en términos absolutos de "todo o nada". Según este tipo de enfoque diagnóstico, no deberían existir casos limítrofes. Si, pese a ello, se observan, se utilizan las siguientes razones para justificarlos: La enfermedad aún no se manifiesta totalmente, el enfermo aún no observó suficientemente los síntomas o, el enfermo miente u oculta síntomas. A la vez, tales mentiras pueden servir de confirmación complementaria del diagnóstico, pese a la falta de una sintomatología completa. CAHALAN plantea que este tipo de pensamiento se hizo popular en la época de lo que él denomina los "cazadores de microbios", pero que su eficacia sólo parece demostrable en el caso de enfermedades infecciosas.

1.2.5. Consecuencias para la terapia.

Como se dijo anteriormente, se considera al alcohólico como necesitado de atención médica y se ponen a su disposición las posibilidades de tratamiento. Sin embargo, como comenta MULFORD (citado en CAHALAN, 1970), si

bien el cambio de concepto según el cual los que ayer eran "viciosos" poseídos por el "demonio del alcohol", se consideran hoy "alcohólicos" poseídos por la enfermedad "alcoholismo", conllevó un trato más humanitario para el afectado, el clínico orientado por este modelo se ve tan impotente como el moralista de antaño para lograr "exorcizar" el alcoholismo. Puesto que el modelo lleva consigo la idea de irreversibilidad, las posibilidades de tratamiento no son precisamente optimistas. En el fondo, la enfermedad se considera incurable, de modo que cada nuevo contacto con el alcohol lleva consigo el peligro de un nuevo "brote" de alcoholismo. Por esta razón, la meta terapéutica de todos los tratamientos a los que subyace este modelo, es la abstinencia total (véase, por ejemplo, BOGANI, 1975). Sólo se pueden tomar medidas preventivas y protectoras para entorpecer el desarrollo de la enfermedad - al menos, mientras no se encuentre un antídoto químico contra ella. Consecuentemente, la Sociedad de Alcohólicos Anónimos considera necesario un tratamiento de por vida para el afectado.

Esta postura escéptica y pesimista por parte de los terapeutas parece justificada. MULFORD (1970) afirma: "La enfermedad 'alcoholismo' aún no se ha definido y no tiene un tratamiento específico. Es difícil esperar de los médicos que utilicen un tratamiento inexistente para una enfermedad no definida y en una población que niega la existencia de tal enfermedad y rechaza el tratamiento".

1.2.6. Consecuencias para la prevención.

Una prevención basada en el modelo de enfermedad se tiene que limitar a la detección temprana de los afectados, por ejemplo, a través de leyes genéticas (CADORETH y CATH, 1978), o por medio de pruebas específicamente

construidas para tal fin (APFELDORF, 1978; GOOD y cols., 1977). No es posible unir al modelo una educación temprana en modos adecuados de consumo ni una información acerca de modos peligrosos y no-peligrosos de beber, puesto que la enfermedad afectará de todos modos al que está predispuesto a ella, mientras que el bebedor "normal" no correrá peligro.

Al hablar de pruebas específicas para la detección temprana del alcoholismo, es necesario destacar que gran parte de estas pruebas se basan en el concepto de la "personalidad alcohólica". No entraremos en detalle en este tema, puesto que la mayoría de los estudios más recientes parecen indicar que tal "personalidad alcohólica" no existe en forma unitaria. Remitimos al lector interesado a los escritos de KLINE y cols. (1973), LOPER y cols. (1973), DEMEL (1974), PEREZ de FRANCISCO (1974), TARTER (1975), ZIMERING y CALHOUN (1976), KURTINES y cols. (1978), BACK y SULLIVAN, 1978), ESHBAUGH y cols. (1978), BLOUIN y cols. (1978) y SADAVA (1978). En cuanto a las pruebas mismas, nos ocuparemos de ellas nuevamente al hablar de la metodología utilizada para abordar el tema "alcoholismo" y "consumo problemático de alcohol".

1.2.7. Consecuencias para la investigación.

Al considerar el alcoholismo como enfermedad, el consumo alcohólico como tal, así como los problemas que origina, se consideran simples epifenómenos, síntomas dentro de un proceso. Tales síntomas interesan sólo como indicios o pruebas, pero no son en sí mismos objeto de interés para la investigación, puesto que lo que realmente importa es la enfermedad de base. Sólo así se puede comprender que existan cientos de publicaciones acerca de la personalidad o el metabolismo del "alcohólico", mien-

tras que faltan casi por completo estudios más exactos a cerca del comportamiento del alcohólico o su modo de consumo. Esto también es consecuencia del hecho de ver al alcohólico como alguien cualitativamente diferente del bebedor normal, con lo cual se buscan las diferencias en características básicas de personalidad, más que en la forma directa de comportarse frente al alcohol. Otra consecuencia de esta actitud es la de preservar al observador de cuestionarse su propia forma de beber y sus propias normas al respecto, así como las conductas y normas que rigen el consumo general en la población. El investigador no se siente solidario con el alcohólico, introduce un distanciamiento que repite en forma encubierta la discriminación abierta de la que es objeto el alcohólico en la sociedad. ROEBUCK (1974) formula este punto de vista de la siguiente manera: "Al psicólogo, como a la sociedad, puede resultarle más sencillo localizar los fenómenos que le interesan en la persona aislada del paciente, en vez de localizarlos en los procesos -mucho más difíciles de controlar e investigar- que se desarrollan en el medioambiente externo" (pag. 150).

1.3. Adicción, "ansia" y "pérdida de control".-

Con o sin el concepto de enfermedad como trasfondo, el alcoholismo se ordena por parte de muchos autores dentro del grupo de las adicciones, puntualizándose que existen muchas conductas que pueden convertirse en adicción, es decir, que se trata de un exceso conductual. Por supuesto que tal ordenación, por sí sola, no significa un avance, puesto que solamente significa un desplazamiento del dilema definitorio. El concepto de "exceso conductual" es muy inespecífico. Por ello se incluye habitualmente en la definición de los conceptos de impulso, necesidad,

deseo, etc. Este tipo de definiciones tienen a menudo el concepto de "ansia", o "compulsión hacia el alcohol", como idea central, incluyendo las subcategorías de "pérdida de control" y de "incapacidad de resistir el deseo de consumir alcohol".

El concepto de "ansia" ("craving") y sus concomitantes, se expandió sobre todo por los trabajos de JELLINEK (1960) y especialmente en los medios psiquiátricos. Por el momento, parece ser el modelo más ampliamente utilizado.

Según el mismo autor, la "pérdida de control", dividida en las fases descritas anteriormente, llevaría al alcohólico hacia un consumo compulsivo continuo, a partir del momento en el cual el afectado bebe una cantidad mínima de alcohol. Por otra parte, la "incapacidad de resistir el deseo de consumir alcohol" aparecería algunas horas tras el último consumo, siendo paliado por cantidades moderadas de alcohol. A los dos fenómenos subyacería el "ansia" por el alcohol, una compulsión patológica que diferenciaría los normales de los alcohólicos. Las distintas formas de darse de este "ansia" sirvieron a JELLINEK para diferenciar también distintos tipos de alcohólicos (alcoholismo gama, delta y epsilon), a los cuales les agregó dos tipos más leves de alcoholismo. Describió del siguiente modo tales tipos:

1) Alcoholismo alfa: En este caso, el daño provocado por el consumo de alcohol se limita al área social. La dependencia del alcohol es meramente psicológica, se bebe para aliviar sensaciones emocionales o físicas desagradables;

2) Alcoholismo beta: El daño se limita a la salud física del afectado. No existe dependencia física ni psicológica del alcohol;

3) Alcoholismo gama: El bebedor adquiere dependencia

física del alcohol. El "ansia" se caracteriza en este caso por la incapacidad de dejar de beber (pérdida de control), una vez que se empezó. Sin embargo, el sujeto es capaz de permanecer sin beber durante largos períodos temporales;

4) Alcoholismo delta: También en este caso existe una dependencia física, pero el "ansia" no se caracteriza por la pérdida de control, sino por la incapacidad de abstenerse de beber durante períodos temporales largos;

5) Alcoholismo epsilon: En este caso, se trata de un alcoholismo intermitente, en el cual la pérdida de control surge en intervalos periódicos ("bebedor cuartal", "alcohólicos juerguistas").

Desde el punto de vista clínico, los tipos más significativos son los gama y delta. La división se hizo en base a observaciones transculturales, en las cuales se encontró una mayoría de alcohólicos tipo gama y epsilon en Estados Unidos, donde se desarrolló el modelo, mientras que en Italia, por ejemplo, estas modalidades son prácticamente desconocidas, predominando el tipo delta.

Posteriormente, se atacó el concepto de "ansia" o "craving" por ser una definición circular que no explicaría nada (MELLO, 1972). En nuestra opinión, el modelo adolece de un defecto principal: Se puede explicar cualquier conducta por un deseo de realizar tal conducta, transfiriendo así simplemente el problema a otro nivel de análisis, el cual ya se sustrae a la observación directa. Si alguien tiene, por ejemplo, la costumbre de morderse las uñas, se podría decir que sufre de un "ansia" de morderse las uñas y que a causa de ello, es incapaz de resistir largo tiempo sin mordérselas. Sin embargo, tal supuesto "deseo irresistible" más bien mistifica las cosas, en vez de explicarlas.

Aparte de argumentar la circularidad de tal explica-

ción, MELLO (1972) presentó una serie de datos empíricos que hablan en contra de la persistencia de tal "ansia", pese a que los afectados mismos informan a menudo que no pueden dejar de beber tras el primer vaso, o que se sienten atraídos una y otra vez hacia el alcohol. En el caso de la pérdida de control, parece tratarse más bien de un fenómeno cognitivo: Los alcohólicos saben, por experiencias anteriores, que habitualmente no dejan de beber tras una copa y que pronto vuelven a beber. Ellos comprueban que su consumo alcohólico sobrepasa las normas establecidas y se "resignan" a ese modo de actuar.

1.4. Dependencia y tolerancia.-

En vez de utilizar el concepto de "ansia", otros autores, como por ejemplo MELLO (1972), consideran que la conditio sine qua non para hablar de alcoholismo es la aparición de una dependencia física, acompañada de una elevación de la tolerancia al alcohol. Tal dependencia se deduce de la aparición de síntomas de privación, tales como temblor, sudoración, alucinaciones, y, en casos graves, convulsiones y delirio. El efecto de tolerancia se observa a través del hecho de que el sujeto necesita cada vez mayores cantidades de alcohol para lograr alcanzar las mismas modificaciones en sus vivencias o modos de comportamiento.

En este caso, se centra la atención sólo en los efectos que tiene el consumo prolongado y excesivo de alcohol sobre el individuo. Hoy por hoy, el mecanismo a la base de los síntomas de privación se desconoce, pero su aparición es sin duda un dato empírico. Lo mismo se puede decir con respecto al fenómeno de tolerancia acrecentada.

Sin duda que ofrece algunas ventajas esta definición,

basada en fenómenos directamente observables. En su contra, se puede decir que deja de lado algunos aspectos importantes del alcoholismo, como son por ejemplo los problemas psíquicos que lo acompañan. Por otra parte, una definición que intente incluir la "dependencia psíquica" está condenada al fracaso, por las mismas razones que dificultan el concepto de "ansia". KELLER (citado en CAHALAN, 1970), prefiere hablar de "perjuicio psíquico", más que de dependencia. Ve en éste el núcleo del alcoholismo, definiéndolo en el sentido de que el alcohólico no puede elegir libremente si realizar o no su conducta inadecuada. Posteriores trabajos han intentado centrar la atención en la percepción subjetiva de "pérdida de control" y sus repercusiones sobre la conducta de consumo alcohólico (DONOVAN y cols., 1975; STORM y CUTLER, 1975; WEISSBACH y cols., 1976; CLARK, 1976; O'LEARY y cols., 1978). Sin embargo, no parecen existir relaciones claras entre control y comportamiento, como tampoco se logra diferenciar claramente entre alcohólicos y no-alcohólicos en base a esta variable (ROHSENOW y O'LEARY, 1978a, 1978b).

1.5. El "bebedor-problemático" o "consumo problemático de alcohol.-

Determinadas definiciones operacionalizan el concepto de alcoholismo dividiéndolo en diferentes elementos. La definición de KELLER (1958, 1962) recibió aceptación por parte de numerosos autores, pudiendo formularse de la siguiente manera:

"El alcoholismo es una alteración crónica del comportamiento, que se manifiesta en el consumo repetido de bebidas alcohólicas, en cantidades tales, que supera los límites dietéticos y sociales establecidos por la comunidad y que interfieren con la salud, la eficacia social o

la economía del bebedor" (KELLER, 1958).

Esta definición es más específica que la de JELLINEK, según el cual todo consumo que produzca algún daño se considera alcoholismo. No da ninguna hipótesis acerca de la etiología de la alteración, pero incluye en cambio la interdependencia de la definición con la sociedad en que vive el afectado. Este detalle es especialmente importante si se toma en cuenta que no existe ninguna cantidad absoluta de alcohol cuyo consumo se considere en todas las sociedades como una alteración conductual.

CLARK (1966) enumera cuatro elementos que deberían incluirse en una definición operacional del alcoholismo: 1) Consumo excesivo de alcohol; 2) Alteraciones psíquicas a causa del alcohol; 3) Alteraciones en la eficacia tanto social como laboral; 4) Descripción subjetiva de pérdida de control sobre el propio consumo. Los mismos elementos aparecen en los trabajos que reúne CHAFETZ (1973).

Por su parte, EDWARDS (1968) incluye los siguientes elementos básicos: 1) Conciencia acerca de una dependencia alcohólica; 2) Retraimiento; 3) Aumento de la tolerancia; 4) Episodios de amnesia.

Este tipo de definiciones surgieron fundamentalmente a partir de las definiciones del Comité de Expertos de la WHO (Organización Mundial de la Salud), publicadas en 1951, 1952 y 1955. La WHO distinguía entre bebedores excesivos y alcohólicos, siendo éstos últimos una subcategoría de los primeros. En el informe publicado en 1952, se caracteriza al bebedor excesivo de la siguiente manera: "... (el consumo excesivo) sería todo consumo que exceda la medida de 'utilización dietética' establecida por la tradición y costumbres, o que sobrepase los límites establecidos por las normas de la sociedad en cuestión, independientemente de los factores etiológicos que lleven a tal conducta, así como de la medida en que es-

tos factores etiológicos dependan de la herencia, constitución o características metabólicas adquiridas del sujeto".

Por su parte, se calificaría de alcohólicos a "aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol ha ya alcanzado un grado tal, que se puede registrar una alteración psíquica o una interferencia en la salud corporal o mental del afectado, en sus relaciones interpersonales o en el transcurso normal de su vida social y económica; (también serían alcohólicos aquellos bebedores excesivos) ... que mostraran síntomas prodrómicos de tales desarrollos. Necesitan, por lo tanto, un tratamiento."

Así pues, este tipo de definición incluye dos tipos de criterios principales: 1) Aumento del consumo alcohólico y 2) Problemas surgidos a causa de este consumo. Se podría unir a tal definición con el concepto de enfermedad (ver KELLER, 1962), pero en principio es independiente de él.

SEELEY (1959a) objetó que los términos utilizados en estas definiciones son más bien relativos y sociológicos, en vez de absolutos y fisiológicos. Por supuesto que esto es verdad. También es cierto que no otorgan medidas tipificadas con las cuales se pueda medir al alcohólico. Cabe preguntarse, sin embargo, si estas características no son más bien ventajas de tales definiciones, puesto que dejan claro que se está trabajando con acuerdos, que el punto en el cual se califica a una persona de alcohólica es, en principio, móvil, que depende de las normas de cada sociedad. También los problemas que pueden surgir a causa del consumo alcohólico dependen de las normas y reacciones del entorno social en el que se mueve el individuo y no del individuo por sí sólo.

Además, estas definiciones tienen la gran ventaja de

basarse exclusivamente en datos observables (consumo excesivo y problemas), prescindiendo de constructos subyacentes.

Partiendo de estos fundamentos, PLAUT (1967) ofreció el concepto de "bebedores-problemáticos" ("problem-drinkers"), dentro del cual los alcohólicos formarían nuevamente una subcategoría. Su definición del "bebedor-problemático" es la siguiente: "(persona en la que se observa) el consumo constante de alcohol, el cual produce, ya sea en el bebedor o en otras personas, daños físicos, psicológicos o sociales" (pags. 37-38).

En general, al hacerse encuestas dentro de una población, se utilizaron definiciones de este tipo, quedando sin responder la cuestión acerca de cuántos de los "bebedores-problemáticos" detectados de esta manera podrían considerarse alcohólicos. Tampoco queda claro que el alcoholismo sea realmente una subcategoría dentro de tales "bebedores-problemáticos".

Finalmente, CAHALAN (1970), SOBELL (1978), POLEY y cols. (1979), y muchos otros autores abandonan el término "alcoholismo", en favor de los conceptos de "consumo problemático de alcohol" o "bebedor-problemático". Estos autores incluyen dentro de su definición a los "alcohólicos", pero prefieren centrarse en los problemas, puesto que consideran que ésta es una estrategia heurísticamente fructífera. El concepto de "bebedor-problemático" ofrece, desde su punto de vista, las siguientes ventajas en comparación con el de "alcoholismo":

- 1) El acento está puesto en la conducta, no en la persona. Así se dificulta una etiquetación permanente del sujeto;

- 2) Acentúa desde un comienzo el hecho que existen diversos tipos de problemas y de "bebedores-problemáticos", mientras que "alcoholismo" tiene más bien la connotación

de una enfermedad unitaria y específica, que se padece o no se padece;

3) El término "bebedor-problemático" aún no está tan sobrecargado de connotaciones emocionales, moralistas y demoníacas como "alcohólico";

4) El concepto podría ayudar a centrar la responsabilidad en la sociedad y en los directa o indirectamente implicados.

Adhiriéndonos a este enfoque, decidimos utilizar en lo sucesivo los términos "bebedor-problemático" y "consumo problemático de alcohol", dejando el término "alcohólico", no como una subcategoría del anterior, sino para designar a las personas que hayan sido catalogadas de tal manera por algún organismo oficial.

1.6. Teorías acerca de los predictores o "covariables" directas del consumo problemático de alcohol.-

1.6.1. El concepto de "covariables" directas.

El concepto de "covariables" directas, no aparece, hasta hace poco, en las publicaciones acerca del tema. Implica todas las formas de conducta que tienen que ver de forma inmediata con el consumo de alcohol y el comportamiento del bebedor, en el sentido más amplio de la palabra.

Hemos introducido este concepto por los siguientes motivos: Mientras la relación causal permanezca inexplicada, parece, en principio, más adecuado hablar de "covariables" o de "correlaciones", que de "causas" o "determinantes". Aunque la causalidad no puede verificarse sin estudios longitudinales y, hasta que éstos se realicen, la suposición de una influencia mutua compleja, no verificable de forma empírica, entre consumo de alcohol y

problemas del consumidor, por una parte, y las covariables mencionadas, por otra, parezca la solución más plausible, el estudio de las correlaciones simples entre estas variables no parece un trabajo infructuoso. Las covariables inmediatas constituyen precisamente aquellas parte del consumo problemático combatible eventualmente con terapia y prevención. La cantidad de alcohol ingerido y los problemas posteriores que tiene el bebedor son mucho menos controlables y fáciles de modificar a corto y largo plazo. Por otra parte, si se enfoca el problema con vistas a una terapia o prevención, el tema de la causalidad última pierde relevancia.

Si se consideran como covariables directas a aquellas que inmediata y realmente están relacionadas con el alcohol (tales como actitudes frente al alcohol y razones para beber alcohol), no es necesario demostrar que estas variables tienen que ver con el alcohol, puesto que esto está dado por la definición misma. Se trata más bien de comprobar si estas formas de comportamiento, cuando aparecen en un individuo, se relacionan con la cantidad de su consumo de alcohol y con la aparición de problemas o si, por el contrario, son aspectos de la conducta relacionados con el alcohol irrelevantes para tales criterios. (En contraposición con esto, se consideran como covariables indirectas a aquellas que no están relacionadas de forma inmediata con el alcohol, por lo menos en cuanto se refiere a la conducta concreta del individuo como, por ejemplo, factores de personalidad o datos biográficos. Por otra parte, la palabra "directo" no afirma nada acerca del tipo y manera de la relación. Es posible que sólo se establezcan relaciones a través de las covariables directas, pero también se pueden hipotetizar otras formas de interacción).

Dos tipos de investigaciones se ocuparon sobre todo

de las covariables directas del consumo alcohólico. Por un lado, la sociología, es decir, la investigación socio cultural y, por otro lado, las teorías del aprendizaje. Pero -como veremos- este tema se ha tratado de manera fragmentaria, tanto a nivel teórico, como empírico. No existe, por el momento, una teoría comprehensiva que englobe todas las covariables directas. Esto se debe, seguramente, al prolongado predominio del modelo de enfermedad, en base al cual existen estudios y teorías mucho más complejas acerca del tema, pese a que se podría pensar que un análisis de las covariables directas debería preceder lógicamente a un estudio más amplio de materias más lejanas. Por estas razones, debemos conformarnos más bien con fragmentos de teorías, en vez de teorías completas.

1.6.2. Teorías socioculturales.

1.6.2.1. Estructura general de estas teorías.

La mayoría de las teorías de este tipo proceden de los años 40 y 50, cuando los investigadores se percataron por vez primera que culturas y grupos sociales diferentes muestran tipos de alcoholismo también diferentes. Llamaron la atención especialmente los irlandeses, por el nivel elevado de su consumo alcohólico, así como los judíos, por su bajo consumo alcohólico. Partiendo de estos grupos específicos, se intentó desarrollar una teoría general del alcoholismo. Sólo recientemente, se encuentran teorías ancladas en teorías sociológicas más generales. Hasta donde esto fue posible, las hemos ordenado según conceptos centrales.

La mayoría de las teorías parten de la base de que existe algo así como "el" alcoholismo, es decir, que se

puede teorizar acerca de un fenómeno unitario. Intentaremos extraer los factores que son relevantes en la mayoría de las teorías y que destacan siempre. Las teorías en sí mismas se componen de diferentes formas de relacionar estos factores, de acuerdo con el concepto causal aceptado en cada caso. En general, el curso de pensamiento seguido es, más o menos, el siguiente: Parten de la base que diferentes estructuras sociales, o condiciones distintas de vida, provocarían:

- a) un acceso diferencial al alcohol y/o,
- b) estructuras diferentes de personalidad, así como diferentes exigencias, necesidades, temores, tensiones, etc., entre sus miembros y/o,
- c) actitudes y normas diferentes frente al consumo de alcohol y/o,
- d) suposiciones diferentes acerca de los efectos o la función del alcohol y/o,
- e) reacciones diferentes frente a un consumo elevado de alcohol y/o,
- f) distintas formas alternativas de conducta y, finalmente,
- g) diferentes niveles de consumo de alcohol y de alcoholismo.

La jerarquización de cada uno de los factores depende de cada una de las teorías en concreto. Asimismo, según las distintas teorías, algunos de los factores se consideran como esenciales o no-esenciales, o como condicionados socialmente. Todas estas teorías relacionan el alcoholismo con la forma normal o típica de beber de una cultura o grupo social. Ninguna acepta el concepto de enfermedad. En general, sólo se incluyen en forma asistemática la estructura social y las condiciones de vida como punto de partida de las diferentes teorías y no se analizan empíricamente, excepto en estudios antropológicos,

los cuales se ocupan de pequeños sistemas sociales limitados, que tienen muy poco en común con las sociedades complejas.

Se citan habitualmente los siguientes factores sociales como favorecedores del alcoholismo y del incremento en la ingestión de alcohol:

a) "Civilización progresiva", que produciría una sensación de vacío en los sujetos (LUSTIG, 1966);

b) "presiones de adaptación", que conducirían a regresiones en los trabajadores y empleados (MORIN y COURTOIS, 1969);

c) sobrevaloración de la producción y el consumo, descuidándose, al mismo tiempo, la satisfacción de instintos, por lo que el alcohol representaría un símbolo de consumo y una distracción, en una sociedad que obliga constantemente al rendimiento productivo (MORIN y COURTOIS, 1970);

d) el inevitable destino biológico de vejez y muerte, así como las exigencias siempre nuevas por parte de la sociedad, que conducirían a dificultades de adaptación. En este caso, el alcohol se transformaría en un medio para que la juventud olvide el pasado y no piense en el futuro (CATOVIC, 1969);

e) socialización alterada (ANDORKA y cols., 1970);

f) conflicto cultural, que se observaría también en la forma de consumo alcohólico dentro de la cultura y que conduciría al temor y a sentimientos de culpabilidad (BACON, 1957; STRAUSS y BACON, 1953);

g) confusión de valores, criterios ambivalentes (FALK, 1970; ROOM, 1971)

h) ambivalencia cultural, que ofrecería escasas posibilidades de identificación y conduciría a sentimientos de vacío interior y de impotencia frente a los problemas (REINHARDT, 1966; HANSON, 1973);

- i) falta de modelos culturales (STRAUSS, 1966);
- j) ambivalencia social productora de tensiones (READER, 1967);

k) heterogeneidad de grupos y tradiciones culturales, que llevarían a una ambivalencia general, puesto que cada grupo intentaría imponerle sus costumbres al otro. La ambivalencia en las normas de consumo representaría tan sólo un ejemplo de la ambivalencia general (VERDEN, 1968; ROOM, 1976).

Estas teorías se desarrollaron casi exclusivamente en Estados Unidos, o en base a las costumbres norteamericanas. Algunas veces, se referían a tribus en fase de aculturación.

La teoría respecto al clima, de LYNN (1971a, 1971b), representa un caso único y diferente. Según este autor, un fuerte calor solar provocaría un aumento de la actividad nerviosa en los habitantes de los países afectados, lo que se manifestaría, a su vez, en un elevado nivel de ansiedad, contra la cual se ingerirían cantidades elevadas de alcohol.

Ocasionalmente se cita una superproducción de vino como factor que conduciría a un aumento del hábito social de ingerir alcohol (AMIEL, 1968). De este tema nos ocuparemos más tarde, al hablar de las teorías acerca del mayor o menor acceso al alcohol. HORTON (1943) también habla de la escasez de alimentos, la aculturación y la guerra como factores que producen ansiedad y restricciones, y contra los cuales se emplearía el alcohol.

Por lo tanto, las covariables directas de consumo tendrían, en estos casos, una función mediadora entre condiciones sociales y consumo de alcohol, por lo que algunas teorías parten, además, desde variables de la personalidad originadas por la sociedad. Por otra parte, a menudo se sitúan las variables de la personalidad en el aspecto

propiamente individual del consumo de alcohol (véase, por ejemplo, JELLINEK, 1960; SARGENT, 1968; DeLINT y SCHMIDT, 1971; y KURTINES y cols., 1978). Sólo cuando es tos factores personales, es decir, la vulnerabilidad personal frente al alcoholismo (surgida de la inadaptación emocional, del neuroticismo, de la ansiedad, de privación paterna, u otros factores), se unen a determinados factores culturales, específicamente referidos al consumo de alcohol, se llegaría al alcoholismo. Por ejemplo, SARGENT (1968) nombra tres series de eventos posibles:

1º) Vulnerabilidad - refuerzo por parte de grupos de bebedores - consumo excesivo - alcoholismo; 2º) Refuerzo por parte de grupos bebedores - consumo excesivo - factor desencadenante - alcoholismo; y 3º) Vulnerabilidad - consumo alcohólico en solitario - consumo en compañía - alcoholismo. EWING (1977), GITTER y UCHT (1978) y BERGER y cols. (1979) defienden una postura similar.

Si se atribuyen los factores de la personalidad a influencias sociales, se llega a veces a teorías psicoculturales, en vez de socioculturales: las sociedades se consideran, en conjunto, como entidades individuales. Así por ejemplo, la teoría de HORTON (1943) representa una transposición de los constructos de FREUD y HULL al plano de la sociedad. El alcohol se emplea para combatir los temores, lo que a su vez provoca contratemores, a causa de la liberación de la sexualidad y agresividad. El empleo del alcohol está sujeto a la interacción de los diferentes temores. El consumo de alcohol se considera como un indicador de temor. En forma parecida, LYNN (1971), BACON (1973) y ROHAN (1975), entre otros, relacionan los más diversos síntomas psíquicos, entre ellos, el alcoholismo, con el nivel general de ansiedad de la sociedad en cuestión.

Otros autores, como LEMERT (1951), piensan que el al-

cohol no se consume para una reducción de la ansiedad, sino que sociedades y grupos pueden diferenciarse precisamente por el tipo de relaciones interpersonales que predomina en ellas. El alcohol serviría para romper el contacto ya formalizado, que conduce a sentimientos de distanciamiento. WILKINSON (1971), habla de una repre-sión incompleta de impulsos agresivos, la cual provocaría la ingestión excesiva de alcohol.

Con respecto a las covariables directas, todas las teorías presuponen, en todos los casos, que los individuos que muestran un consumo elevado perciben un efecto inmediato del alcohol, el cual vivencian de forma positiva (reducción de la ansiedad, facilidad para el contacto social, liberación de la agresividad).

1.6.2.2. Confusión o ambivalencia en las normas de consumo.

Las normas de conducta establecidas frente al consumo de alcohol son factores específicos que varían de acuerdo con las sociedades o grupos sociales. En parte se las refiere a los factores sociales generales antes mencionados, o a los factores de personalidad condicionados socialmente, pero comúnmente se estudian por separado.

Se consideran como causas más frecuentes para el alcoholismo la falta de claridad y la contradicción en las normas de consumo, la insuficiente especificidad (respecto al momento, cantidad y circunstancias en que se bebe), o la falta de integración con otras costumbres. Todos estos factores conducirían a un consumo de alcohol ilimitado y sin control.

BACON (1967) habla de una fragmentación de las sanciones. En una sociedad compleja, la fuerza de las sanciones de cada grupo estaría potencialmente debilitada por

las normas diferentes de otros grupos. Por lo tanto, el individuo se vería reforzado al seguir normas de consumo diferentes e incompatibles. Por otra parte, también la función de control la ejercerían diferentes grupos, de modo que las sanciones no llegarían a ser relevantes. La falta de definiciones claras respecto a una conducta aceptable en el consumo de alcohol conduciría, por la formación de sentimientos de culpa y temor, a cuotas más elevadas de alcoholismo (véase también BACON, 1945; STRAUSS y BACON, 1953; HANSON, 1973; ROOM, 1975, 1976; WOLIN y cols., 1979).

En estos estudios se señalan sobre todo las cuotas elevadas de alcoholismo en los grupos de inmigrantes americanos, como los irlandeses, así como entre grupos de personas que proceden de ambientes abstemios (como los mormones o los metodistas), y que comienzan a beber. Estos últimos no dispondrían de ningún tipo de norma de referencia respecto a un consumo adecuado. SKOLNIK (1958) opina, sin embargo, que estas personas sí que disponen de una norma obvia respecto al alcohol, precisamente la de las consecuencias aversivas que tiene el consumo excesivo.

Según FIELD (1962), y LOLLI y cols. (1953, 1958), se produce un mínimo de problemas sociales y familiares por motivos del alcohol, cuando éste juega un papel institucionalizado dentro de la vida familiar. Esta hipótesis se apoya ante todo en la cultura china e italiana, que presentan una baja incidencia de alcoholismo (que significaría, en este caso, pocos problemas sociales provocados por un elevado consumo de alcohol). En ambas culturas se habitúa a los individuos, desde niños, a dosis cada vez mayores de alcohol. Así como para los judíos, para los chinos el alcohol representa una parte de su ritual religioso; sin embargo, no (de forma palpable) para

los italianos. Pero en estos tres grupos el alcohol juega un papel institucionalizado en el sistema familiar, estando relacionado con rituales familiares, tales como fiestas, comidas y vacaciones.

ULLMAN (1958) intenta unificar las hipótesis mencionadas hasta ahora con la siguiente afirmación: En toda sociedad en la cual las costumbres, valores y sanciones referentes a la ingestión de alcohol, están claramente establecidas y reconocidas por todos los segmentos de la misma, estando además adecuadas al tipo de cultura, la incidencia de alcoholismo es baja. En condiciones bajo las cuales el bebedor individual no sabe lo que le espera, o en que las expectativas cambian de situación en situación, desarrollará sentimientos ambivalentes respecto al consumo. Puesto que esta hipótesis toma en consideración los altos índices de alcoholismo en los irlandeses y americanos del Noroeste, así como los bajos índices de alcoholismo en los judíos, chinos e italianos, pero, sin embargo, no explica la elevada incidencia de alcoholismo en los franceses (que también se habitúan desde niños al alcohol), BLACKER (1966) la amplió, afirmando que, para una incidencia mínima de alcoholismo, tienen que existir adicionalmente normas prescriptivas contra el consumo excesivo. Por lo tanto, BLACKER incluye aportaciones de MIZRUCHI y PERUCCI (1962), según los cuales las normas fuertemente proscriptivas (es decir, aquéllas que plantean una meta negativa y exigen la abstención de determinadas actividades) conducirían con mayor facilidad hacia una conducta desviada, en comparación con las normas prescriptivas (es decir, aquéllas que prescriben un determinado tipo de comportamiento y fijan una meta positiva). Con esta hipótesis puede explicarse la frecuente aparición de bebedores excesivos en personas procedentes de familias abstemias, puesto que, cuando empiezan a be-

ber, tan sólo disponen de normas proscriptivas (MAYER y FILSTEAD, 1980).

Sin embargo, entre los franceses prácticamente no existen normas proscriptivas, por lo que la alta incidencia de alcoholismo no queda explicada satisfactoriamente. LARSEN y ABU-LABAN (1968) consideran que las normas que denominan "no-scriptivas" (es decir, indiferenciadas, poco claras o contradictorias), conducen a la incidencia más elevada de alcoholismo, mientras que las normas progcriptivas, si se considera a la población en conjunto, llevan a cuotas más bajas (exceptuando las personas que no las respetan). Afirman que las normas prescriptivas o cuparían una posición intermedia. Sin embargo, también ellos están de acuerdo con KNUPFER y cols. (1963), en cuanto a que este proceso se ve influido por otra variable, en concreto, por la formación de una actitud individual frente al alcohol. Esto implicaría que las personas procedentes de una sociedad con normas "no-scriptivas" o proscriptivas, pueden llegar a beber más fácilmente por una razón personal (puesto que no han aprendido ninguna actitud social positiva frente al alcohol). A su vez, las razones personales para el consumo de alcohol conllevarían un riesgo más elevado de llegar a un consumo excesivo.

Las normas específicamente referidas a un rol dentro de la sociedad (es decir, en las cuales se exige un comportamiento distinto según sexo, edad, nivel socioeconómico o profesión), están integradas de modo asistemático en las diversas teorías. Comunmente, sólo se afirma que existen tales normas diferenciales (STRAUSS, 1966; BRUYN, 1966). KNUPFER y ROOM (1964) opinan que existen ante todo normas restrictivas de acuerdo con el nivel socioeconómico y que las normas restrictivas referentes a las mujeres están relacionadas con el hecho de que las normas

generales respecto a su rol sexual también son restrictivas, y se verían amenazadas por un consumo elevado de alcohol, puesto que éste podría provocar una desinhibición generalizada. Por el contrario, la tendencia a romper normas generales parece estar dentro del rol específico asignado al hombre (MAKELA, 1975; LANGONE y LANGONE, 1980).

1.6.2.3. Finalidad del consumo de alcohol.

Este aporte teórico surge de BALES (1944, 1946, 1962). Según su teoría, como también según SNYDER (1962), la incidencia de alcoholismo en una sociedad no sólo depende de las necesidades de equilibrar las tensiones personales que evoca en sus miembros y de las alternativas que pone a su disposición para la solución de estas tensiones, sino también de las finalidades del consumo alcohólico que tal sociedad sanciona positivamente dentro de su estructura normativa. BALES enumera las siguientes posibles finalidades del consumo de alcohol:

- a) La utilidad personal (se consume alcohol por razones personales, por ejemplo, para lograr mejorar el estado de ánimo);
- b) la razón ceremonial (por ejemplo, el consumo de alcohol en rituales religiosos);
- c) la utilidad social (beber con los amigos).

BALES cita también la norma de abstinencia que, sin embargo, no parece adecuarse completamente a este modelo, puesto que en este caso el consumo estaría prohibido, sea cual sea su utilidad.

El aporte de BALES se incluyó en otros modelos teóricos. Así, KNUPFER y cols. (1963) plantearon una hipótesis de "contra-presión": Las personas de las cuales se espera que no beban mucho, tales como las mujeres, las

personas con creencias religiosas antagónicas al alcohol y aquéllas cuyos padres muestran una actitud contraria al consumo de alcohol tienen, al consumir alcohol, una motivación personal. Por otra parte, aquellos sujetos que proceden de grupos en los cuales el consumo no está sancionado negativamente, denotan más bien motivos sociales para beber alcohol, no sintiéndose obligados a ir en contra de las presiones de su grupo. LARSEN y ABU-LABAN (1968), MARCONI (1969), MAKELA (1979) y HEATH (1981) también apoyan este razonamiento.

JESSOR y cols. (1970) formulan la hipótesis que tan sólo existe una relación entre las variables de la personalidad y los problemas de consumo alcohólico dentro de una sociedad, cuando en esta sociedad existe al mismo tiempo una primacía de las razones personales para consumir alcohol, es decir, cuando el alcohol se considera como un medio para la solución de dificultades personales (por ejemplo, para la reducción de la ansiedad). Además, añaden otras finalidades de consumo; por ejemplo, el alcohol como alimento (Italia), como fuente de placer (Francia), como alimento energético necesario tras algún esfuerzo físico (Francia). Sin embargo, la discusión se centra cada vez más en torno a la utilidad social y personal del alcohol.

MULFORD y MILLER (1960), consideran este punto de vista dentro de la teoría del interaccionismo simbólico. El alcohol surtiría efecto en aquellos aspectos que estuvieran definidos socialmente. Tanto el alcohol, como el "sí mismo" del bebedor se consideran como objetos en el ambiente simbólico. Estos autores también diferencian básicamente entre la utilidad social y personal del alcohol o, desde el punto de vista subjetivo, entre utilidad social y motivaciones internas. Según su planteamiento, las personas con una motivación personal para beber alcohol,

lo consideran ante todo como un medio para conseguir una redefinición de su "sí-mismo" deficiente y de sus relaciones con los demás. En ocasiones, lo utilizarían para conseguir una reconceptualización general de su ambiente simbólico. QUERESHI y SOAT (1976), DROLET (1972), así como CARROLL y cols. (1978), también se centran en el concepto de "sí-mismo" y sus implicaciones para el consumo de alcohol. CARROL y cols. (1978) indican que las alteraciones en el concepto de "sí-mismo" están presentes tanto en sujetos dependientes del alcohol, como en drogadictos.

1.6.2.4. El modelo de "rotulación" (labeling).

En la teoría de la "rotulación" no se trata, en contraposición a las teorías expuestas anteriormente, de una elaboración conceptual específicamente para los problemas del alcoholismo, sino más bien de una teoría sociológica compleja a un nivel general, que pretende explicar el origen de comportamientos desviados y que se refiere también al problema del alcoholismo. Por cierto, ésta también es una aportación del interaccionismo simbólico. Bajo el concepto de "rotulación" (labeling) se entiende la aplicación e imposición de esquemas de interpretación y estereotipos, el procedimiento de forzar la introducción de determinadas personas en tales esquemas hasta que éstas actúen de acuerdo con los comportamientos establecidos en dichos esquemas. El proceso de labeling y de desviación conductual se basa en desviaciones primarias mínimas, que pueden ser de la más distinta naturaleza, toda vez que no se consigue su normalización mediante un cambio en el marco interpretativo. Partiendo de la inseguridad que se origina al lesionarse la imagen de normalidad y naturalidad de la persona, la sociedad reacciona

con castigos y rechazo, que conducen a los afectados hacia un comportamiento aún más discrepante. Este efecto de reciprocidad avanza hasta provocar la acción formal de la sociedad, la estigmatización y degradación de los individuos, quienes aceptan finalmente el rol impuesto y se rigen por él.

Por lo tanto, el punto central de esta teoría son las actitudes hacia los alcohólicos, el distanciamiento de ellos y el proceso de aceptación del rol por parte del afectado. La teoría del labeling parte de datos que otros modelos consideran precisamente como factores de error. Así, las diferencias entre "datos reales de prevalencia" y datos oficiales no se atribuyen a interferencias, sino que se sitúa el origen de estas diferencias en el foco central de interés. Por ejemplo: según cálculos aproximados, existen alrededor de cinco millones de alcohólicos en EE.UU. (en base a cálculos que parten de modificaciones de la fórmula de JELLINEK). Pese a esta cifra supuesta, RUBINGTON (1972), estima que sólo el 30% se conoce o oficialmente, ya sea a través de "Alcohólicos Anónimos" (alrededor de 300.000), a través de los centros de rehabilitación oficiales (alrededor de medio millón), o por intermedio de las instituciones jurídicas o pedagógicas (otro medio millón). Los alcohólicos más evidentes son los que residen en los barrios más pobres ("Skid-Row") y los que cometen delitos en estado de embriaguez crónica.

Con respecto al alcoholismo, se pone de relieve que en ciertas sociedades o grupos sociales el consumo mesurado o controlado se sanciona positivamente, pero el consumo excesivo se castiga con el aislamiento social y el rechazo por parte de los bebedores moderados. Esta marginación y estigmatización conducirían a los afectados a encerrarse en grupos de bebedores que refuercen su conducta desviada (LEMERT, 1954; TRICE, 1956; SARGENT, 1968;

SAINT, 1969; WARD, 1980). En los mismos sujetos, el rechazo llevaría a sentimientos de culpabilidad y tácticas de negación, características de los alcohólicos. Según TRICE (1956), la pérdida de control serían también un producto del consumo cada vez más inadecuado, que iría a la par con el rechazo social.

Cuanto más integrado esté el consumo elevado de alcohol dentro de otras características comportamentales de una cultura, más probable es que sus miembros consideren inadecuado el modelo de enfermedad para explicar el alcoholismo. Así, por ejemplo, en Francia, donde predomina el alcoholismo delta, el consumo habitual sin dependencia psíquica, pocos médicos le conceden importancia a los aspectos psicológicos (SADOUN y cols., 1966). Sin embargo en EE.UU., donde predomina el alcoholismo gamma, se le concede una gran importancia a los aspectos morales y psicológicos (SARGENT, 1968; RUBINGTON, 1972). Estos dos últimos autores, así como ROMAN y TRICE (1971), consideran que el proceso de labeling tiene importancia en una fase más tardía del alcoholismo. En principio tendría lugar una desviación primaria por parte del individuo, provocada por stress y por factores ansiógenos de su medio ambiente. Luego, el sujeto intentaría evitar el ser clasificado como alcohólico, puesto que esto conllevaría un descenso en su rol social. Este intento se vería apoyado por determinadas personas de su entorno.

ROMAN y TRICE (1971), que se preocuparon principalmente de las reacciones ante los consumidores de alcohol en el lugar de trabajo, consideran que, en la situación laboral, la presión hacia una normalidad y el ocultamiento del problema no surgirían, de acuerdo con estos autores, de la ignorancia o de fines humanitarios, sino que estarían causados por el temor a una rotulación del sujeto y, de paso, a una rotulación de los sujetos que interac-

túan con él. Por otra parte, una percepción reducida o falta de control del problema permitirían que la desviación permanezca oculta durante largo tiempo.

También BACON (1969), pone de relieve la importancia de la desviación primaria y piensa que los siguientes factores contribuyen a su aumento: a) Un nivel indefinido de tolerancia por parte de la sociedad; b) sanciones poco claras, irregulares e inconsistentes; c) desinterés o evitación de compromiso por parte de las autoridades sociales; d) falta de reacciones, o inadecuación de las mismas con el rol correspondiente, por parte de los funcionarios encargados.

Según SARGENT (1968), el que se ponga en marcha o no el proceso de labeling depende de diversos factores y, entre ellos, en primer lugar de las normas respecto al consumo de alcohol. Cuanto más prohibitiva es una norma, más infrecuentes son las infracciones, más fácilmente se rotula como alcohólico al que la quebranta, más severo es el juicio y mucho más pronto se ejercerá presión sobre el sujeto para que se someta a un tratamiento o castigo. Para demostrar estos postulados, estudió muestras de sujetos provenientes de tradiciones partidarias de la abstinencia. Efectivamente, en estas muestras se detectaron pocos sujetos que consumieran alcohol, pero aquéllos que lo hacían, desarrollaban muy rápidamente los síntomas del alcohólico "típico". Estudios con resultados similares se encuentran en STRAUS y BACON (1953), MIZRUCHI y PERUCCI (1962) y GALANTER (1981).

Como segundo factor, SARGENT nombra la frecuencia y tipo de quebrantamiento de la norma. Las infracciones graves, repentinas y violentas son menos previsibles y promueven reacciones casi tan intensas como ellas mismas. Esto queda demostrado en las investigaciones acerca de las reacciones de esposas de alcohólicos (por ejemplo, en

JACKSON y KOGAN, 1963), que indican que ellas son las que designan a sus maridos como alcohólicos al aparecer los primeros síntomas de violencia, mostrando un fuerte descontento, criticando a sus maridos y emprendiendo las sanciones negativas más intensas de las que disponen. Según RUBINGTON (1972), las reacciones en el puesto de trabajo también son más masivas, cuanto mayor sea el daño ocasionado.

El tercer factor está representado por la proporción entre aquéllos que infringen la norma y aquéllos que no la infringen. Cuanto menor sea el número de sujetos que la vulneran, tanto más fuertes son las sanciones y el proceso de labeling. Esto se comprueba al observar las fuertes reacciones contra las mujeres que beben en exceso. Por otra parte, en los grupos laborales en los que se bebe mucho, se puede observar una mayor tolerancia y una reacción mínima frente al consumo excesivo.

Como cuarto factor, SARGENT nombra el nivel socioeconómico del que infringe la norma. Cuanto más elevado es su nivel, más demora su entorno en calificarlo de alcohólico y asignarle ese rol. Pero, a la vez, la reacción de las personas del entorno es entonces más intensa. En un nivel socioeconómico elevado, las reacciones sociales que surgen al conocerse la desviación del comportamiento adecuado son muy fuertes y provocan graves perjuicios. Así lo demuestra un elevado número de investigaciones (TRICE, 1962; WARKOW y cols., 1965; TRICE, 1970; WOITITZ, 1978), las cuales encuentran que trabajadores no-especializados eran identificados como alcohólicos mucho más rápidamente por sus colegas y superiores, en comparación con trabajadores de mejor posición laboral. Por otra parte, cuando el consumo excesivo de alcohol era conocido y evidente, las sanciones aplicadas a personas de un nivel laboral inferior eran relativamente benignas en com-

paración con los sentimientos y acciones frente a las sanciones de niveles superiores. De acuerdo con los resultados de WARKOW y cols. (1965), parece ser que la probabilidad de que una conducta divergente frente al alcohol se divulgue es mayor en niveles sociales inferiores, pero que, por otra parte, también un número mayor de personas ayuda a ocultar el alcoholismo del afectado en el lugar de trabajo. Por el contrario, según FITZGERALD y MULFORD (1981), el alcoholismo privado se admite y se oculta más fácilmente en un nivel socioeconómico elevado, mientras que en niveles inferiores se llama con mayor facilidad a la policía cuando se cometen delitos por embriaguez.

En el momento en que ocurre el proceso de labeling, el individuo afectado es aislado frecuentemente mediante una hospitalización, castigado con encarcelamiento o sancionado por su pareja, que se separa de él. Es rechazado por la sociedad como persona inadaptada, siendo aceptado posiblemente al mismo tiempo como miembro de un grupo distinto a la norma, ya sea en Alcohólicos Anónimos, o como integrante de un grupo formado exclusivamente por alcohólicos. Así, se le refuerza en su rol discrepante, y el camino de retorno se le hace más difícil (TRICE y ROMAN, 1970).

1.6.2.5. El modelo de "distribución y consumo".

Este modelo lo planteó por primera vez LEDERMANN (1954) y SEELEY (1960) lo amplió. Desde 1960 hasta la actualidad lo han defendido principalmente DeLINT y SCHMIDT (DeLINT y SCHMIDT, 1968, 1971; SCHMIDT y DeLINT, 1970). El modelo toma como punto de partida la relación entre consumo alcohólico por cabeza, en algunos países, y la incidencia de cirrosis hepática en estos países. El

alcoholismo se define aquí exclusivamente por la aparición de cirrosis hepática. Defensores del modelo opinan que las curvas de consumo por cabeza dentro de grandes poblaciones se asemejan invariablemente a una distribución normal logarítmica. Según estos autores, el carácter general de la distribución es estable, no varía ni con la cantidad de consumo alcohólico, ni con el tipo de sistema normativo que lo reglamente. Además, se supone que la cirrosis es una función directa de la cantidad de alcohol que se consume por cabeza y que tal cantidad está regulada exclusivamente por la accesibilidad y los costes relativos del alcohol. Por accesibilidad se entiende, por ejemplo, el número de locales en los cuales se vende bebida alcohólica, así como las horas en que permanecen abiertos tales locales. Por costes relativos se entiende los precios del alcohol en comparación con los precios de otros alimentos y en comparación con el salario medio.

A diferencia de todos los modelos nombrados hasta ahora, la teoría de distribución y consumo afirma que el alcoholismo (y con esto -según se acepta en este modelo- la aparición de problemas causados por el alcohol) es totalmente independiente de las "covariables directas", estando determinado tan sólo por la cantidad misma de alcohol consumido y no por las actitudes, normas, estilo de bebida, etc. Por su parte, la cantidad de alcohol consumido y el número de bebedores excesivos se determinan de acuerdo con la accesibilidad y los costes. Dependerá de la vulnerabilidad personal de cada individuo el contarse o no dentro de la cifra de los bebedores excesivos determinados por estos factores (BEAUCHAMP, 1975; STORM y CUTLER, 1975; CARTWRIGHT y cols., 1978).

1.6.3. Teorías basadas en el aprendizaje.

1.6.3.1. Estructura general de estas teorías.

Las teorías que fundamentan el origen y mantenimiento del consumo problemático de alcohol en el aprendizaje, surgen de tres fuentes iniciales: a) Opiniones generales tradicionales acerca del efecto del alcohol; b) intentos de condicionamiento con alcohólicos diagnosticados, en estado de sobriedad, y c) experimentos con animales. Por estas razones, se dedicaron por mucho tiempo fundamentalmente al efecto fisiológico del alcohol, pero no al aspecto social y tampoco a la conducta del bebedor "normal". Además, adoptaron inadvertidamente parte de las teorías psiquiátricas y de "sentido común" más extendidas acerca del alcoholismo, que se distingue por un concepto del alcoholismo muy poco diferenciado. Identificaron el alcoholismo ya sea con un consumo excesivo, o con una forma de beber distinta a la aceptada por la sociedad (pero sin analizar quién establece la norma, quién la aplica o cuál es la norma de la cual el alcohólico se desvía) o, en fin, consideraron el alcoholismo como una entidad psiquiátrica, por lo que la terapia de conducta durante mucho tiempo sólo era aplicable para un cambio en los hábitos de consumo.

Ahora bien, en general no atribuyeron el inicio del alcoholismo a una enfermedad, sino que plantearon más bien un proceso de moldeamiento (CAUDILL y LIPSCOMB, 1980). Sin embargo, para explicar el hecho de que no todas las personas llegan a ser alcohólicas pese a consumir alcohol, aceptaron también divergencias primarias subyacentes en el individuo (por ejemplo, un elevado nivel de ansiedad o una deficiencia en la capacidad de adaptación al medio). Tampoco cuestionaron la hipótesis que sólo la conducta de la persona afectada motiva los problemas, por lo que no se realizaron en un principio

investigaciones de los problemas como tales: El concepto de "consumo problemático de alcohol" prácticamente no aparece en estos estudios teóricos, partiéndose del supuesto que existe algo así como "el alcoholismo". Sólo en base a estos supuestos pueden entenderse las diferentes terapias para alcohólicos basadas en estas primeras teorías del aprendizaje. Así, por ejemplo, la meta terapéutica de abstinencia total se basa en la hipótesis implícita de la no-modificabilidad fundamental de los hábitos de consumo alcohólico (o dicho de otra manera, en el concepto de la pérdida de control).

Sóloamente en los últimos tiempos se incluyeron progresivamente no-alcohólicos, condiciones sociales y formas concretas de conducta en el desarrollo de la teoría y del trabajo empírico. Sin embargo, se excluyen en gran medida aspectos sociológicos y culturales.

En conjunto, pueden distinguirse básicamente cuatro modelos teóricos diferentes dentro de este enfoque, los cuales reseñaremos brevemente a continuación.

1.6.3.2. Efecto positivo real del alcohol.

La opinión de que el alcohol se bebe en exceso porque su efecto en el hombre es primariamente agradable, está muy difundida, pese a no tener relevancia en la teoría clínica del alcoholismo. Aunque se acepta comúnmente que el consumo de alcohol se aumenta y mantiene por su efecto inmediato positivo, por su sabor y por el aumento del bienestar corporal que puede producir, de esto difícilmente se deduce en forma explícita el origen del alcoholismo. Por otra parte, este modelo es la base implícita de la terapia aversiva contra el alcoholismo. A través de ella, los estímulos que supuestamente fueron positivos, se transforman en no-significativos o aversivos pa-

ra el sujeto.

En general, este modelo se investigó principalmente en animales, intentándose comprobar si éstos tenían una preferencia innata por el alcohol, lo que no parece ser el caso. Sin embargo, LEGNARO y REUBAND (1979), detectaron una correlación positiva entre la búsqueda de vivencias agradables y consumo alcohólico en estudiantes universitarios, observación ratificada también en diversas muestras de sujetos adultos por BUEHRINGER (1980) y VOLLMER y KRAEMER (1981).

1.6.3.3. El modelo de reducción de la ansiedad.

Este ha sido durante mucho tiempo el modelo predominante del enfoque que nos ocupa. El mecanismo de aprendizaje a la base se retrotrae a los conceptos de HULL: La conducta se aprende mediante una reducción de impulsos, entre los que también figura la ansiedad. El supuesto fundamental está presente tanto en las teorías del aprendizaje, como en las teorías de la personalidad, y en una parte de las teorías socio-culturales: El alcohol tendría el efecto de un antídoto contra estímulos desagradables, reduciendo la ansiedad y la tensión. Las teorías se diferencian sólo en los supuestos acerca del origen de la ansiedad, o de otros estados desagradables. Entre los estados aversivos que el alcohólico intentaría evitar o disminuir mediante el alcohol, se citan comúnmente: Depresión, dolor, ansiedad, stress, intranquilidad, inseguridad, sentimientos de inferioridad, aburrimiento o soledad (véase, por ejemplo, LAZARUS, 1965; BANDURA, 1969; STEFFEN, 1974; RUSSEL y MEHRABIAN, 1975; SADAVA y cols., 1978; SCHWARZ y cols., 1978; HAMM y cols., 1979; WISEMAN, 1981).

Según LAZARUS (1965), quien nos servirá de paradigma de muchos otros autores, se puede considerar el desarrollo del alcoholismo de la siguiente forma: El futuro alcohólico vivencia en algunas ocasiones el efecto del alivio pasajero que proporciona el alcohol. Por refuerzo intermitente llega a la formación del hábito de consumo de alcohol cada vez que surge tensión. El consumo excesivo le provocará problemas (de salud, sociales y psicológicos) que significarán a su vez un aumento de tensión, para cuya eliminación beberá dosis de alcohol aún más elevadas. De esta manera se forma un círculo vicioso que va en aumento y se autoreforza. En fases posteriores, se añaden como condiciones desencadenantes esenciales los fenómenos de privación fisiológica, que se viven en forma aversiva y que sólo pueden evitarse a través del consumo alcohólico. A esta teoría también se añade un principio básico de aprendizaje, que afirma que los reforzadores inmediatos son más efectivos que los que se aplican posteriormente. Por ello, el efecto positivo inmediato actúa como refuerzo, mientras que las consecuencias negativas posteriores del consumo (por ejemplo, la cefalea tras la borrachera, o la pérdida de un empleo tras varios episodios alcohólicos), no surten un efecto tan intenso como sería esperable.

En esta teoría general también se incluye la suposición que el alcohol desinhibe y hace más valiente, en el sentido de mayor actividad sexual, agresividad y capacidad de contacto. Por lo que respecta a la teoría del aprendizaje, esto puede expresarse diciendo que, tras el consumo de alcohol, el potencial de evitación se reduce y el potencial de aproximación frente a una situación difícil se aumenta. En los individuos con alteraciones en su capacidad de contacto, el alcohol posibilita, por lo tanto, la liberación de formas de comportamiento que tienden

nen un valor de refuerzo positivo inmediato (véase, por ejemplo, CONGER, 1956; COHEN, 1975; FREED, 1978; BROWN y cols., 1980).

1.6.3.4. Alcoholismo como forma inadecuada de consumo.

A esta aportación no se le puede llamar propiamente teoría. Se originó de la necesidad práctica de los terapeutas de conducta de aislar, antes de empezar la terapia, aquellas formas de conducta frente a la bebida que diferencien a los alcohólicos de los bebedores "normales".

En observaciones sistemáticas se consiguieron descubrir tales características de conducta, aunque su elección es más o menos arbitraria. Se trata, por una parte, de parámetros de exceso de conducta al beber alcohol y, por otra, de circunstancias situacionales y sociales. Por lo tanto, se supone que el alcoholismo es equivalente con el consumo excesivo y/o con una forma de beber no admitida socialmente, sin que interesen primordialmente las causas ni el origen del hábito (véanse, para esta aportación, los trabajos de MILLS y cols., 1971; NATHAN y O'BRIAN, 1971; SCHAEFER y cols., 1971; SOBLER y cols., 1972; VOGLER, 1972; POLEY y cols., 1979).

1.6.3.5. Alcoholismo como forma de interacción social.

Desde un modelo más bien intrapsíquico (refuerzo por efecto inmediato del alcohol), se llegó recientemente a un modelo más bien social (refuerzo social de la conducta de beber alcohol o del comportamiento bajo efectos del alcohol). Se puede considerar a SKINNER como promotor de tales teorías: El refuerzo no se produce por reducción de la ansiedad, sino en forma operante. La teo-

ría del refuerzo social se encuentra especialmente en BANDURA. Partiendo del supuesto de un refuerzo por beber alcohol, algunos autores continúan hacia el supuesto que el beber mismo es una forma de interacción y de comunicación social. En este punto se funden nuevamente las teorías del aprendizaje con las teorías socioculturales, especialmente con el interaccionismo simbólico, extendiéndose, tal como las teorías socioculturales, más allá de los fenómenos clínicos del alcoholismo o, dicho de otro modo, considerando estos fenómenos como extremos del consumo "normal" (PENN, 1974; MOOS y cols., 1977; VUCHINICH y TUCKER, 1980).

KEEHN (1970) destacó especialmente las posibilidades del refuerzo social del consumo alcohólico. Beber alcohol puede considerarse en nuestra sociedad como una parte integral constitutiva de la vida social, ante todo, de la conducta de tiempo libre y del establecimiento de contactos personales, por lo que en ciertas situaciones, por determinados actos sociales, o en determinadas profesiones, se ejerce una presión social dirigida hacia el consumo de alcohol. Así, el consumo se recompensa socialmente, mientras que se sanciona negativamente el no consumir alcohol. También un consumo excesivo se refuerza positivamente hasta cierto límite, por ejemplo, como atributo de "hombría", "fuerza" o "adulter" (véase también VOGEL-SPROTT, 1967; LISANKY y GONBERG, 1968). El miedo a quedar en ridículo y a perder el reconocimiento social hace que muchos -así se supone- beban más de lo que beberían por propia iniciativa (MILLS y cols., 1971). En este contexto, el aprendizaje vicario representa un mecanismo importante, como destaca BANDURA (1969). El individuo recibe un refuerzo social especial por beber en grupos selectos y, en especial, en grupos de iguales. El consumo de alcohol puede servir aquí como foco y vehícu-

lo para una serie de interacciones sociales y como estímulo discriminativo para la aprobación social. Al dejar de beber, el individuo puede verse amenazado por un aislamiento social (SKOLNIK, 1957; LAZARUS, 1965; BANDURA, 1969; CAHOON, 1972; SOBELL y SOBELL, 1973; WISEMAN, 1981).

KEEHN (1970) elaboró también un modelo de refuerzo social para el bebedor solitario y/o secreto, en el cual se realza la eficacia de programas de refuerzo intermitente escaso. El castigo social se convierte en desencadenante para beber y en estímulo discriminativo de una recompensa inmediata. Otro refuerzo social para el consumo excesivo puede verse en el hecho que el estado de embriaguez exime, en nuestra cultura, de responsabilidad social. El individuo puede permitirse algunas formas de comportamiento no aceptadas habitualmente (tales como actos agresivos o de índole sexual) (GODARD, 1971; SOBELL y SOBELL, 1973, 1978; ARMOR y cols., 1978).

STEINGLAS y cols. (1971), así como TAMERIN y MENDELSON (1969), WEINER y cols. (1971) y WISEMAN (1981), defienden un enfoque aún más orientado hacia la teoría interaccionista y de sistemas. En este modelo, el excesivo consumo de alcohol forma parte de un estilo de interacción, necesario para el mantenimiento de un sistema interpersonal. Los autores citados incluyen en su punto de vista tanto los sistemas de consumo alcohólico con determinadas "reglas de juego", distribuciones de roles y cambios de roles dentro de grupos o parejas, como también los modos de interacción entre el miembro no-bebedor y el bebedor, dentro de una pareja. En estos casos, el alcoholismo de una de las partes se considera como necesario para el mantenimiento de los roles atribuidos a cada uno. Por lo tanto, en este enfoque se superpone la teoría del labeling con las teorías del aprendizaje.

2. METODOLOGIA

2.1. Métodos indirectos.-

2.1.1. Problemática general de estos métodos.

Sin lugar a dudas, la epidemiología social respecto al alcoholismo, conducta del bebedor y problemas causados por el alcohol, se encuentra en una situación relativamente favorable. A diferencia de lo que sucede, por ejemplo, con neuróticos, disponemos aquí no sólo de los datos oficiales de las clínicas y otras instituciones, sino también de datos acerca de otros parámetros importantes, de manera que pueden realizarse cálculos indirectos sin recurrir al engorroso proceso de la búsqueda directa de casos. Así por ejemplo, se pueden investigar, en base a una muestra representativa, una serie de factores importantes, tales como la cantidad aproximada de consumo (por medio de los datos de venta), las consecuencias para la salud (a través del estudio de enfermedades y fallecimientos causados por el alcohol), las consecuencias sociales y económicas (gracias a los datos de bajas laborales en la industria, o el recuento de accidentes de trabajo bajo influencia del alcohol), etc., llegando así a estimaciones acerca de la extensión del problema.

Sin embargo, estas estimaciones y comprobaciones dependen considerablemente de la definición de "alcoholismo", aunque esto comúnmente se descuide. Como el alcoholismo no es un síndrome uniforme, no puede deducirse sin más la importancia de distintas variables a través de la medición de una sola de ellas. Si se define el alcoholismo en el sentido médico, se puede en buena ley deducir la extensión del alcoholismo a partir de los datos acerca de enfermedades y fallecimientos causados por el alco

hol, pero esto implica una limitación de la definición. Por esta causa, los métodos que corrientemente se aplican para el cálculo de prevalencia de "el alcoholismo" poseen sólo un grado limitado de generalización y sólo pueden utilizarse para el cálculo de prevalencia de un problema específico.

La dificultad general de todos los métodos indirectos reside en que apenas pueden relacionarse los datos obtenidos por los diferentes caminos y que no deberían simplemente correlacionarse, aunque esto sea una práctica habitual. Puesto que con tales métodos los individuos de los cuales se recogen los datos ya no son identificables, tampoco se puede comprobar si los datos obtenidos por las diferentes vías se refieren a los mismos sujetos. Por esto es prácticamente imposible llegar a través de estos métodos a afirmaciones acerca de las relaciones entre los problemas surgidos a partir del consumo alcohólico y las "covariables directas", aunque se encuentren con frecuencia en la bibliografía afirmaciones de este tipo.

2.1.2. El método de JELLINEK.

Este es, con mucho, el método más conocido y generalizado para evaluar el índice de alcoholismo. Parte de los fallecimientos por cirrosis hepática, puesto que siempre se ha observado un número desproporcionadamente alto de muertes causadas por esta enfermedad entre sujetos alcohólicos (LIPSCOMB, 1953; SCHMIDT y DeLINT, 1969; SUNDBY, 1967; TAMERIN, 1973; EWING, 1977).

Con la fórmula de JELLINEK, se calcula el número de alcohólicos con complicaciones en base a los casos de fallecimiento por cirrosis oficialmente registrados, es decir, el número de aquellas personas que muestran cambios físicos o psíquicos diagnosticables, provocados por un

consumo de alcohol excesivo y prolongado. La fórmula originaria es la siguiente:

$$A = R \frac{PD}{K}$$

Siendo: A = cifra total de alcohólicos que permanecen con vida en un año determinado;

R = proporción entre todos los alcohólicos y los alcohólicos con complicaciones;

PD = número de defunciones por cirrosis hepática registradas en un año determinado (prevalencia);

K = porcentaje de alcohólicos con complicaciones y que mueren a causa de cirrosis hepática.

Muchos autores acogen este método con escepticismo. Los argumentos que más corrientemente se oponen son los siguientes: Las estadísticas oficiales de mortalidad generalmente dan un cálculo poco fiable acerca de la incidencia real de fallecimientos a causa de cirrosis, subestimándola. Además, muchos otros factores influyen en la frecuencia de cirrosis hepática, fuera del alcoholismo. El cálculo se oscurece especialmente por episodios pasajeros, tales como las hepatitis epidémicas (IPSEN y cols., 1952). En una investigación directa sobre los datos de mortalidad en Finlandia (BRUNN y cols., 1960), se vió que los cómputos de las autopsias ofrecían más casos de cirrosis hepática de los que se habían diagnosticado clínicamente. Puesto que en la mayoría de los países sólo se practica la autopsia en un número muy reducido de fallecimientos, resulta lógico suponer una subestimación de la incidencia de esta enfermedad. De la investigación finlandesa se deduce que la diferencia puede ser hasta de un 50%. Por otra parte, la selección especial de la

muestra que se somete a autopsia (casos policiales, vagabundos, etc.) puede hacer ascender el número de casos de cirrosis hepática, de manera que la diferencia efectiva no sería quizás tan grande. En países o en ciertos períodos con una gran incidencia de hepatitis infecciosa o de desnutrición, tampoco debería aplicarse esta fórmula (SJOEVALL, 1952).

Pero la más dura crítica al método de JELLINEK se refiere al cálculo de los valores \underline{P} (PD), \underline{K} y \underline{R} . SEELEY (1959) ya demostró que no es viable un proceso de cálculo riguroso de los valores \underline{P} a partir de los datos tendenciales ("trends"). El valor \underline{P} no sólo varía de un país a otro, sino que muestra también diferencias regionales y cambios momentáneos en la prevalencia del alcoholismo de un país. JELLINEK consideró el valor \underline{K} como una constante para todos los países. El obtuvo este valor a partir del cálculo de promedios en base a datos frecuenciales, obtenidos de las muestras de autopsias realizadas en alcohólicos con complicaciones orgánicas, facilitados por autores de los más diversos países (WHO-Report, 1951). POPHAM (1956) objetó que, incluso si la frecuencia de mortalidad por cirrosis hepática entre alcohólicos fuera constante para todos los países, la frecuencia de otras complicaciones orgánicas probablemente sería distinta. Con lo cual la incidencia de cirrosis hepática entre alcohólicos con complicaciones orgánicas y, por lo tanto, también el número de defunciones, estarían sujetos a una variación internacional. Por este mismo motivo, no podría admitirse una constancia de \underline{K} a lo largo del tiempo.

También SJOEVALL (1952) puso en duda el método de análisis de promedios obtenidos a base de datos tan diversos, alegando que la diferencia en el empleo de criterios diagnósticos entre diferentes patólogos y la influencia de condicionantes tales como la hepatitis infecciosa,

influyen significativamente en el cálculo.

Por su parte, SEELEY (1959) objetó contra el valor \underline{K} , basado en datos de autopsia, que no debía equipararse el número de fallecimientos por cirrosis hepática con el número de alcohólicos vivos con complicaciones orgánicas, puesto que esto llevaría a subestimaciones gruesas de la incidencia, a menos que interviniese otro error compensatorio. También opuso objeciones contra el factor \underline{R} , cuyo valor está basado en muestras clínicas, considerando que probablemente es demasiado bajo, puesto que la aparición de enfermedades orgánicas a causa del consumo de alcohol es un motivo que lleva al alcohólico a visitar un hospital, cabiendo suponer que la cantidad de alcohólicos con complicaciones orgánicas que se encuentran en el hospital es proporcionalmente mayor a la que se puede esperar en la población total de alcohólicos.

Debido principalmente a las críticas de SEELEY, se sugirieron diversas modificaciones en el cálculo. El propio JELLINEK (1959) sugirió nuevos valores para \underline{K} y \underline{R} y propuso un método alternativo. Hubo aún una ardua discusión en torno a la estructuración exacta de la fórmula (BRENNER, 1959, 1960; KELLER, 1962; POPHAM, 1970; SEELEY, 1960). Finalmente, POPHAM y SCHMIDT (1962) plantearon una serie de exigencias mínimas previas a la utilización del método en cualquier país. Con ellas, el método se hace ya tan complejo, que cabe plantearse si realmente vale la pena el esfuerzo, o si el proceso de obtención directa de datos no resulta más económico y menos complejo.

Sin embargo, y a pesar de los defectos lógicos ya descritos, se intentó una validación del método de JELLINEK, poniéndolo en relación con los valores correspondientes a otros índices. Se comprobaron las correlaciones entre la mortalidad por cirrosis hepática y hospitalización por alcoholismo (POPHAM, 1956; SCHMIDT, 1959) -aunque

estas dos variables seguramente no son independientes entre sí-. También se correlacionó cirrosis hepática con condenas por embriaguez (BRUNN y cols., 1960), datos de consumo por cabeza en diferentes países (BRESARD, 1959; SCHMIDT y BRONETTO, 1962; DeLINT y SCHMIDT, 1971) y los resultados obtenidos en algunos estudios de campo (LIPS-COMB, 1966; SCHMIDT, 1969; MILLER, 1976).

Por regla general, la correlación es relativamente alta, pero tratamos aquí con correlaciones entre hechos y no entre personas (por ejemplo: ¿Con qué frecuencia se presentan cirrosis hepática y arresto por embriaguez en una y la misma persona?). Tampoco se pueden formular predicciones acerca de grupos de personas. Los diferentes datos o frecuencias pueden ser iguales sin aparecer necesariamente en la misma persona. Esto se confirma, por ejemplo, en la investigación de BJURULF y cols. (1971): Estos autores examinaron 1.091 fallecimientos en los que se practicó la autopsia (el 70% de todas las muertes en un espacio de 15 meses, en una ciudad), para averiguar cuántas de estas personas tenían a su haber delitos de embriaguez, habían recibido un tratamiento, o habían padecido un endurecimiento hepático. No obtuvieron ninguna correlación significativa entre las variables, mientras que sí obtuvieron correlaciones significativas entre las diversas medidas y distintas variables sociales. Así, el 44% de aquéllos que perdieron la vida en accidentes y el 33% de aquéllos que se suicidaron, estaban registrados oficialmente por delitos en estado de embriaguez, aunque ninguna de estas personas hubiera padecido una cirrosis hepática.

Si se considera el alcoholismo como un conjunto de problemas, el método de JELLINEK se podría utilizar como un método para resolver un problema específico, el de las estimaciones de las lesiones de hígado ocasionadas

por el alcohol. Este método es muy limitado para un estudio del alcoholismo en general. Para los otros numerosos aspectos del alcoholismo es necesario elaborar otros métodos de medición, por ejemplo, métodos psicológicos, que estudien hábitos de consumo, o sociológicos, que estudien la influencia del grupo en el consumo alcohólico.

2.1.3. El método de LEDERMANN.

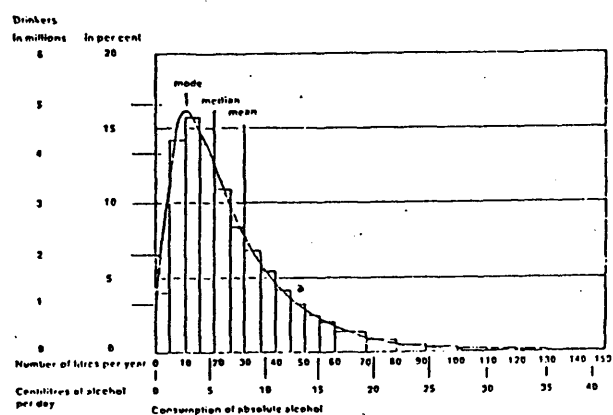
El método basado en datos de consumo por cabeza, de acuerdo con las estadísticas oficiales, puede retrotraerse a LEDERMANN (1956). También se utilizó en principio para la evaluación de los problemas de alcoholismo en la población. En base al análisis de un gran número de estadísticas acerca del consumo alcohólico y a los datos obtenidos en una serie de estudios directos de hábitos de consumo, LEDERMANN dedujo que la distribución del consumo de alcohol en toda población podía describirse teóricamente como una distribución normal logarítmica. La representación de una curva de distribución de este tipo se ofrece en la Figura 1.

- Colocar aquí Figura 1 -

Si se lograra verificar empíricamente que el consumo de alcohol dentro de grandes poblaciones muestra en principio la misma curva de desarrollo -aún cuando la cantidad de consumo sea diferente- bastaría conocer el consumo total de alcohol en un país, por año, y su número de habitantes, para poder calcular cuántas personas beben alcohol en cantidades dañinas para la salud.

Este método indirecto depende, por lo tanto, de una comprobación directa de ciertas reglas, lo que ya se consiguió parcialmente. SEELEY (1960) y, de forma aún más

Figura 1: Distribución teórica del consumo alcohólico en Francia (obtenida de POPHAM, 1970)



consistente, DeLINT y SCHMIDT (1971), construyeron el modelo de distribución y consumo, presentado más arriba, en base a este método. Los estudios fisiológicos indican que el punto de separación debe situarse aproximadamente entre los quince a veinte centilitros de alcohol puro al día. Se puede decir, casi con seguridad, que tal cantidad es dañina para la salud. De acuerdo con los estudios de DeLINT y BRONETTO (1964, citado en POPHAM, 1970), ésta también parece ser la cantidad que beben, como término medio, los alcohólicos hospitalizados en E E.U U.

Sin embargo, el método tropieza con dificultades en países con una proporción elevada de abstemios, como E E. U U. y Canadá. Los datos de consumo por cabeza subestiman en este caso el consumo de aquéllos que beben y, por lo tanto, también el de aquéllos que beben con exceso. Las diferencias en el consumo por cabeza pueden representar en este caso diferencias entre bebedores y abstemios, en vez de representar diferencias en el consumo medio por individuo. Por estas razones, DeLINT y SCHMIDT(1971) utilizaron valores corregidos para los distintos países, considerando el consumo alcohólico por bebedor, en vez del consumo medio simple por cabeza.

Por otra parte, el método también muestra falacias en los países que tienen una elevada producción e importación ilegal de alcohol como, por ejemplo, los países escandinavos.

2.1.4. Otros métodos indirectos.

Para llegar a evaluaciones acerca de todos los casos ya registrados en alguna parte, se realizan en ocasiones los denominados "informes comunitarios" o "estudios de campo". Sin embargo, este procedimiento es inadecuado para grandes poblaciones, tales como países completos. Se

basa en encuestar a tantas y tan diversas personas e instituciones, relacionadas con el tema, como sea posible. Naturalmente que éstos no son datos "auténticos" de prevalencia, pero normalmente dan un cuadro más exacto que el que arroja un estudio limitado a los datos de clínicas e instituciones hospitalarias.

Un ejemplo de este enfoque lo provee el estudio de ZAX y cols. (1967), en un proyecto realizado en Monroe County, que empleó una gran variedad de fuentes: médicos, párrocos, clínicas y prisiones.

HENSMAN y cols. (1968) informan acerca de un estudio en Inglaterra, en un suburbio de Londres: Allí se realizaron encuestas a médicos y religiosos, a través de cuestionarios por correo, acerca de la cantidad de alcohólicos y bebedores con problemas existentes en sus comunidades. En el caso de las consultas privadas, se observó una relación negativa entre la cantidad total de pacientes atendidos y los datos de prevalencia. Los religiosos dieron datos diferentes según el credo al que pertenecían, identificando a sólo 3.9 alcohólicos por cada 10 que detectaron los médicos. En Nueva York, MARGULIES y cols. (1977) realizaron un estudio similar con cuestionarios para detectar el surgimiento del consumo alcohólico en jóvenes, estableciendo una curva de aumento de consumo a lo largo del año académico.

2.2. Métodos directos.-

Denominaremos "métodos directos" a aquéllos en los cuales es aún posible una identificación de los individuos y en los que no se emplearon datos que procedían de estadísticas generales realizadas con otros propósitos. A diferencia de los métodos indirectos, se pueden identificar aquí las variables teóricamente interesantes, que

permitan establecer una relación entre los lazos epidemiológicos y las estructuras sociales. Por ello, los métodos directos son más apropiados para la comprobación de teorías.

2.2.1. Observaciones en entornos naturales.

2.2.1.1. Observaciones no-tipificadas.

Este método puede encontrarse ante todo en el estudio antropológico de pequeñas tribus y ofrece en general comprobaciones cualitativas, no cuantificadas, y datos obtenidos sin tipificación de los instrumentos. Con LEMERT (1968) distinguimos aquí: a) Estudios de casos individuales y b) Análisis comparativos.

Los estudios de casos individuales en distintas culturas habitualmente tienen un carácter primariamente descriptivo, tratándose aspectos teóricos sólo de modo secundario o marginal. Generalmente, tales estudios describen hábitos de consumo, en forma puramente literaria o con datos de evaluaciones. Se registran diferencias internas y se hacen afirmaciones acerca de las relaciones entre hábitos de consumo y factores socioculturales específicos. Por lo tanto, éste es un método de constatación, apoyado por ejemplos. Algunos estudios más formales intentan comprobar alguna hipótesis, mientras que otros intentan refutar o mostrar excepciones de opiniones extendidas acerca del consumo alcohólico. El interés predominante por apoyar o poner en cuestión diversas hipótesis influye en la selección de los datos descriptivos presentados. Sin embargo, deben tomarse en consideración también algunas de las investigaciones mejor calificadas acerca de hábitos de consumo alcohólico dentro de esta clasificación, como por ejemplo el trabajo de SNYDER

(1958) acerca del alcohol y los judíos, el trabajo de HEATH (1958) acerca de las costumbres de los cambas bolivianos, las descripciones de LOLLI y cols. (1958) y de SADOUN y cols. (1965) acerca de los hábitos italianos y franceses respecto al consumo alcohólico y el trabajo de ALONSO-FERNANDEZ (1976) respecto a la epidemiología y etiología del alcoholismo en España, que incluye el estudio de los hábitos de consumo españoles y la progresiva diferenciación en los motivos de consumo: del consumo para acompañar el alimento, al consumo a todas horas y por motivos personales y sociales fomentados por la propaganda comercial.

Este tipo de estudios del consumo de alcohol en culturas específicas puede servir para cuestionar o señalar los límites de afirmaciones generalizadas. Su valor principal reside en la formulación de nuevas hipótesis y en la ampliación de datos para investigaciones comparativas o estadísticas.

Por otra parte, no son frecuentes los auténticos estudios comparativos entre la forma de beber y los problemas causados por el consumo de alcohol. Una obra ya clásica dentro de esta categoría es la de BUNZEL (1940), que estudia el papel que juega el alcoholismo en dos culturas centroamericanas. También se puede incluir bajo este rubro la obra de GLAD (1947), que compara los hábitos de consumo de judíos e irlandeses, tanto jóvenes como adultos, así como la investigación acerca del alcoholismo, la "magia" y el asesinato en dos comunidades mexicanas, realizada por VIQUIERA y PALERM (1954). Un análisis comparativo que intente relacionar diferencias entre la forma de beber alcohol con la presencia o ausencia de otros factores, se transformaría, en su forma más ambiciosa, en un análisis tipológico. Como pionero en esta dirección puede valer BALES (1946), con su distinción en-

tre el "beber ritual-religioso" de los judíos y el "beber social-afectivo" de los irlandeses, al cual añade un subgrupo, el del "beber utilitario". LEMERT (1964) propuso una tipología triple: Consumo alcohólico festivo, consumo ritual-disciplinario y consumo secular, referida a las diferentes costumbres de diversos pueblos del Pacífico Sur.

La clasificación de JELLINEK (1960) de alcoholismo alfa, beta, gamma, delta y epsilon, se desarrolló también a partir de la observación de las diferencias culturales en las manifestaciones patológicas del consumo alcohólico en Francia y E. E. U. U.

Los análisis comparativos representan un gran avance hacia la validación científica de los estudios de casos individuales. Se encuentran entre el valor heurístico de los ejemplos confirmativos de hipótesis y el análisis objetivo realizado mediante estudios estadísticos sistemáticos. Sin embargo, en general les faltan criterios de control y/o son imprecisos y poco objetivos al intentar ajustar los datos a determinadas tipologías. Por otra parte, permiten al investigador aislar las variables con las que trabaja, precisar la descripción y ofrecer explicaciones útiles dentro de límites precisos.

2.2.1.2. Observaciones tipificadas.

Prácticamente no existen investigaciones tipificadas acerca de los hábitos de consumo diferentes de pueblos o subgrupos sociales. OSSENBERG (1969) constituye una de las pocas excepciones, puesto que estudió el comportamiento social, el nivel de ruido, el ambiente, etc., en bares y establecimientos de diversos niveles socioeconómicos, en Canadá. DeLINT y SCHMIDT (1968) realizaron un estudio acerca de la compra de bebidas alcohólicas en Onta

rio. Sin embargo, este tipo de estudio sólo parece realizable en unos pocos estados, puesto que precisamente en Ontario existe la obligación de rellenar un formulario especial indicando nombre y dirección, en cada compra de alcohol. Mediante tales formularios, se puede comprobar quién ha comprado, qué cantidad de alcohol se compró y cuándo se hizo la compra. Con observaciones directas en los puestos de venta se pueden identificar además los bebedores patológicos, gracias a determinados tipos de conducta, tales como comprar alcohol poco después de la apertura del establecimiento y la preferencia por las bebidas más baratas.

Por lo que respecta a investigaciones directas, tipificadas y cuantificables, salvo algunas como las excepciones citadas, sólo existen hasta el momento encuestas más o menos representativas en países o ciudades específicas (véase CLARK, 1976; MARDEN y cols., 1976; ALONSO-FERNANDEZ, 1976; KHAVARI y FABER, 1978; NUÑEZ y cols., 1979).

2.2.2. Observaciones en condiciones experimentales.

En general, los experimentos realizados van dirigidos a examinar el efecto inmediato del alcohol. La mayoría de las veces se estudian individualmente en el laboratorio "personas normales", a las que se administra una cantidad mayor o menor de alcohol. Este tipo de experimentos, muy útil para un estudio de variables específicas, tales como el efecto del alcohol sobre el rendimiento psicológico y la autocrítica frente a tareas concretas, estudiadas en la investigación de SANTO DOMINGO (1977), no puede llevar sin más a conclusiones acerca de los efectos producidos en sujetos alcohólicos, en una situación real. Debe verse luego si lo que se estudia y regis

tra en el laboratorio tiene alguna semejanza con lo que sucede fuera de él. Ya en 1952, CLARK intentó resolver esta cuestión organizando fiestas experimentales con estudiantes. Sin embargo, lo que sucede en estos acontecimientos breves, únicos y no dirigidos, está bajo la influencia de tantos factores situacionales momentáneos, que este tipo de ambiente se convierte en un desencadenante casual. Por ello, es muy limitada la posibilidad de generalización de los resultados experimentales obtenidos.

Sólo en 1964 se realizó un tipo de experimento controlado más próximo a la vida real (MENDELSON y cols.), el cual fue replicado luego por VOGLER (1972) y posee una gran relevancia para nuestro objeto de estudio. Se diferencia de los anteriores en los siguientes puntos:

1. Los sujetos experimentales fueron alcohólicos diagnosticados como tales, con un grupo control de bebedores normales;

2. Se estudiaron durante un lapso de tiempo significativamente más prolongado (hasta treinta días);

3. Las investigaciones no se realizaron en el laboratorio, sino en una estación clínica especial, en la cual se intentó recrear las condiciones naturales de consumo;

4. Las pruebas se realizaron con un grupo de sujetos a la vez, no con un sólo sujeto aislado. El factor de interacción social entre experimentador y sujeto experimental se controló parcialmente;

5. Mediante esquemas operacionalizados de acción, se pudieron examinar tanto las reacciones, como la acción espontánea de los sujetos o, al menos, una parte del comportamiento espontáneo.

6. Se estudiaron a la vez una serie de variables y su interdependencia.

Este tipo de experimentos, que en la parte empírica

de este trabajo se describen más en detalle junto a sus principales resultados, representa el instrumento más exacto y creativo que se posee actualmente y una aportación importante para el tema. Los estudios mencionados anteriormente sólo poseen escasa importancia, por las diferencias individuales, las condiciones sociales y la especificidad tanto temporal como situacional.

Sin embargo, y aún teniendo en cuenta todos estos factores, los experimentos como el realizado por MENDELSON y cols. implican un procedimiento muy complejo, máxime por deberse realizar con sujetos muy diversos (con diferentes antecedentes de consumo alcohólico). Por ello, deben considerarse como un instrumento óptimo para los estadios más avanzados de la investigación, en los que ya se poseen hipótesis muy precisas. Lo que generalmente no puede captarse en ningún experimento -tampoco en el de este tipo- son los problemas causados por el alcohol. Incluso en experimentos a largo plazo, sólo se pueden producir problemas relativamente pasajeros. Por ejemplo, se pueden provocar unos síntomas de "resaca" tras el consumo excesivo de alcohol, pero no una estigmatización social o una disrupción matrimonial. Por sí solos, tales experimentos no son útiles para examinar estas cuestiones.

2.2.3. Técnicas proyectivas.

Las técnicas proyectivas se aplicaron con mucha frecuencia en los estudios acerca de la "personalidad alcohólica", pero sólo raras veces en el área que nos interesa en este momento, es decir, en estudios acerca de los determinantes directos del consumo alcohólico.

Además, se aplicaron para la captación de reacciones producidas por el alcohol, en las que se suponía que su

expresión directa estaría limitada por fuertes tabúes como, por ejemplo, el aumento del interés sexual o de la agresividad bajo efectos del alcohol (CLARK, 1952; CLARK y SENSIBAR, 1955; KALIN, 1964; KALIN y cols., 1965; McLELLAND, 1970).

En general se emplearon versiones del Test de Apercepción Temática (TAT). Por ejemplo, MADDOX y ALLEN (1961) emplearon cuadros del TAT, instruyendo a los sujetos que imaginaran que todas las ilustraciones se referían, directa o indirectamente, al uso de bebidas alcohólicas.

Aún para las modificaciones que centran más fuertemente las verbalizaciones de los sujetos en un determinado tipo de conducta, siguen siendo parcialmente válidas las objeciones habituales contra las técnicas proyectivas. Su alto grado de abstracción respecto al comportamiento real y sus amplias posibilidades de respuesta las hacen muy difíciles de operacionalizar, con el fin de lograr criterios unitarios acerca de su fiabilidad y validez.

ENCEL y cols. (1971) utilizaron una forma más estructurada de técnica proyectiva, en sus encuestas en Australia. Ellos presentaron cinco láminas dentro de una situación de entrevista estructurada: Cada una de ellas mostraba una situación diferente de consumo de alcohol, pidiéndosele a los sujetos que dieran su opinión al respecto. Un procedimiento de este tipo tiene sentido para la obtención de material y formación de hipótesis. En una primera fase del estudio puede ser más útil que las entrevistas experimentales totalmente estructuradas. Pero, por lo general, estos métodos "abiertos" de estudio, en los cuales se establecen a posteriori las categorizaciones, están más indicados para investigaciones preliminares en pequeños grupos. En poblaciones mayores se llega a un dilema de evaluación, puesto que la multiplicidad de contenidos no está limitada por preguntas y respues-

tas pre-estructuradas. El procedimiento se hace entonces muy laborioso y los resultados dependen en gran parte de los criterios de cada evaluador.

2.2.4. Encuestas.

2.2.4.1. Problemas generales y específicos de este método.

Las encuestas sistemáticas son el único instrumento con el cual todas las variables que nos interesan (es decir, cantidad de consumo, problemas ocasionados, hábitos de consumo, etc.) pueden abarcarse al mismo tiempo. Hasta ahora, este método se aplicó ante todo en encuestas entre la población genexal, pero se pueden utilizar también entre alcohólicos. Actualmente, la encuesta sistemática es posiblemente el método que da la información más objetiva acerca de hábitos y problemas de consumo en diferentes sociedades y grupos, puesto que las poblaciones encuestadas se someten a un mínimo de preselección y puesto que se pueden obtener datos cuantitativos que son más fáciles de comparar que las afirmaciones cualitativas obtenidas a través de observaciones. Sin embargo, sus defectos quedaron claros en encuestas acerca de otros temas, como por ejemplo, la dificultad de saber el significado que los encuestados dan a las preguntas y el efecto que tiene la interacción entre entrevistado y entrevistador sobre las respuestas. Así por ejemplo, MULFORD y MILLER (1963) y COSPER (1969), encontraron diferencias significativas en las respuestas a un cuestionario acerca del consumo alcohólico según la actitud del encuestador frente a la conducta de beber alcohol.

Dejando de lado tales problemas generales, parece además especialmente difícil obtener informaciones válidas

justamente en este área del alcohol y alcoholismo. El tema conlleva una fuerte carga emocional en determinados grupos, de manera que las respuestas se desfiguran parcialmente en dirección a lo dictado por la deseabilidad social (HABERMAN, 1963, 1970). La experiencia clínica subrayó una y otra vez la especial falta de sinceridad de los alcohólicos.

Por otra parte, muchos parámetros importantes de los hábitos de consumo alcohólico se sustraen a la autoobservación no dirigida o entrenada, por ejemplo, lo que se consume en un sorbo, o la curva de concentración de alcohol en la sangre. Y estos son factores que, según las últimas investigaciones, parecen discriminar entre alcohólicos y bebedores "normales" (SCHAEFER y cols., 1971; NATHAN y O'BRIEN, 1971; SOBELL y cols., 1972; FEUERLEIN y cols., 1976; KRAMPEN y NISPEL, 1979).

Además, en el autoenjuiciamiento frente al consumo y al comportamiento bajo la influencia de alcohol, se encuentran dificultades provocadas por el mismo consumo. Según los últimos estudios experimentales, parece existir un efecto directo específico sobre la memoria a corto plazo, provocado por el alcohol (CARPENTER y ROSS, 1975; GOODWIN, 1969; RYBACK y cols., 1970; BIRNBAUM y PARKER, 1977). Por ello, resulta difícil evaluar objetivamente el propio comportamiento durante el consumo de alcohol. En todo caso, las observaciones sistemáticas de alcohólicos indican que existen grandes discrepancias entre sus descripciones acerca de su propio comportamiento y las observaciones realizadas por terceros (TAMERIN y cols.; McNAMEE y cols., 1968). Hasta el momento, no sabemos en qué medida esto afecta también al bebedor normal. Una investigación realizada para la validación de una encuesta en Finlandia (MAKALA, 1971) mostró una dependencia entre la frecuencia con que se olvidan hechos y si-

tuaciones, y la frecuencia del consumo alcohólico. Excepto en aquellos sujetos que solamente bebían algunas veces al mes, la frecuencia de olvidos aumentaba al disminuir la frecuencia de consumo. En general, los datos de la encuesta no correspondían con la curva evolutiva del consumo.

También es cuestionable la fiabilidad de los datos obtenidos en encuestas. Al evaluarlos, se encuentra habitualmente una concordancia mínima entre las afirmaciones del bebedor y las observaciones de terceros (YOUNG, 1966; GOLDSTEIN, 1966). Tampoco se observa una alta correlación en procedimientos de re-test, como ya mostraron ALEXANDER y BRIGHT en 1965 y BAILEY y cols. (1966). Sin embargo, cabe preguntarse si en el estado actual de la investigación se necesitan ya resultados tan estrictamente controlados y firmes, si no nos encontramos más bien en la fase de formación de hipótesis, y de obtención y estructuración del material, en la cual el método más económico es, sin duda, el de las encuestas de este tipo.

2.2.4.2. Escalas para la evaluación de la cantidad de alcohol consumido.

El criterio más simple y más fácilmente cuantificable de los hábitos de consumo y del alcoholismo parece ser la determinación de la cantidad de alcohol ingerido. Por ello, prácticamente en todas las encuestas se recogen datos acerca del volumen consumido. Daremos en las líneas siguientes un breve resumen de algunas encuestas al respecto, en las que se apreciará la dificultad de comparar entre sí los datos obtenidos, incluso en el caso de parámetros tan sencillos.

El volumen de consumo alcohólico se divide al menos en dos parámetros: frecuencia y cantidad por ocasión.

CAHALAN y cols. (1969) encuestaron en EE.UU. a una muestra representativa de 2746 personas de todo el país, por medio de un cuestionario tipificado. Utilizaron un índice combinado de cantidad y frecuencia, basado en los índices clasificatorios de STRAUS y BACON (1953), MULFORD y MILLER (1960), MAXWELL (1952) y KNUFFER (1966). Este índice se compone de una combinación de los siguientes parámetros: Cantidad de bebida consumida en una ocasión -lo que se midió por separado para vino, cerveza y bebidas "fuertes" (con alta gradación alcohólica), preguntándose la frecuencia con que el sujeto bebía 5 ó 6, 3 ó 4, 1 ó 2 vasos, de cada una de estas bebidas-; Frecuencia con la que cada sujeto bebía normalmente estos tres tipos de bebida; Variabilidad en el consumo (en la cual se combinó la cantidad bebida normalmente con la máxima cantidad bebida en una ocasión.

Inicialmente se formaron once sub-categorías por medio de la combinación entre cantidad y variabilidad. Mediante la combinación con los parámetros de frecuencia, se realizó luego una subdivisión en cinco categorías, desde el bebedor excesivo hasta el abstemio.

Las tres primeras categorías comprenden a su vez sujetos con costumbres muy diferentes de consumo. Así, la clase de los "bebedores excesivos" comprende tanto personas que afirmaban beber alcohol dos o tres veces por día, y de uno a tres vasos, como personas que bebían dos o tres veces al mes de cinco a seis vasos. Por ello, tanto el consumo excesivo ocasional, como el consumo constante de cantidades menores, caen dentro de la misma categoría.

Este procedimiento permite situar mucha información en muy pocas categorías, fácilmente manejables, pero las categorías que se obtienen poseen contenidos poco unitarios, con lo que se llega a una pérdida considerable de

información. CAHALAN y CISIN (1968) elaboraron otro índice, que reduce estos defectos, colocando, por ejemplo, sólo a personas con un volumen elevado de consumo medio de alcohol, y con poca variabilidad, dentro de la categoría de "consumo máximo".

ENCEL y cols. (1972) realizaron en Sidney, Australia, una encuesta tipificada en una muestra estratificada. En total, se encuestaron a personas procedentes de 1000 hogares, reuniéndose cada cinco hogares en una sub-muestra. La región completa se dividió en 20 zonas, comprendiendo cada zona 11 muestras. El índice de pérdida de sujetos ascendió al 18'7%, por lo cual se obtuvieron datos completos de 820 personas. En este caso también se calculó una medida combinada de cantidad-frecuencia, pero manteniéndose una subdivisión en distintas categorías de frecuencia dentro de las categorías de cantidad media y mínima de consumo. De esta forma, los autores llegan a una sub-división en seis categorías o dimensiones de consumo alcohólico. La falta de unidad dentro de una dimensión tan sólo se mantiene en la categoría de los "bebedores excesivos", quedando resuelta en las otras dimensiones (por ejemplo, se establece una sub-división entre "consumo moderado-frecuente" y "moderado-poco frecuente").

En Inglaterra, EDWARDS y cols. (1972) informan acerca de una encuesta tipificada a 928 personas mayores de 18 años en 555 hogares, que se realizó con un índice de pérdida del 11%, en un distrito de Londres. Se eligieron seis grandes bloques de edificios que, según la información local y las declaraciones de renta, se repartían en un rango socio-económico muy amplio. La elección de los participantes se basó en su representatividad de acuerdo con los distintos grupos socioeconómicos. Para la cuantificación y categorización de los hábitos de consumo, se utilizó un índice simple de cantidad/frecuencia, en el

cual la frecuencia abarcó ocho categorías, desde el bebedor cotidiano, hasta el abstemio (desde un año antes de realizada la encuesta). La cantidad se midió de acuerdo con el volumen máximo consumido habitualmente por ocasión. Se realizó un cálculo global del contenido alcohólico de las bebidas, medido en "unidades de cerveza". De esta forma se crearon seis categorías: (1) Abstemios; (2) Bebedores ocasionales; (3) Bebedores de consumo bajo e infrecuente; (4) Bebedores de consumo bajo y frecuente; (5) Bebedores moderados; (6) Bebedores de alto consumo.

WALLACE (1972) realizó en Noruega una encuesta estandarizada a 3964 personas, que formaban una muestra representativa de la población noruega según factores socioeconómicos. En este caso se llevó a cabo la siguiente subdivisión simple según la cantidad: (1) Abstinencia (no haber bebido nada de alcohol durante el año pasado) y (2) Consumo (haber bebido cualquier cantidad en el espacio de un año). La frecuencia se subdividió luego en nueve categorías, desde "una vez al año", hasta "por lo menos tres veces a la semana". También se subdividió a los sujetos en "bebedores regulares" (por lo menos una vez a la semana), "bebedores poco frecuentes" y abstemios.

En Alemania Federal, WIESER (1968) interrogó en forma estandarizada a una muestra de 408 personas, mayores de 14 años y representativa para la población de Bremen. La frecuencia de consumo alcohólico se dividió en una escala de cuatro frases: (1) casi a diario; (2) una a dos veces por semana; (3) una a dos veces al mes; (4) una a dos veces por trimestre o menos. No se realizó ninguna encuesta respecto a la cantidad, salvo el preguntarles a los sujetos si les gustaba beber hasta quedar ligeramente embriagados. Además, se calculó la cantidad por medio de la fórmula de LEDERMANN.

Las diferentes investigaciones se pueden comparar con relativa facilidad por lo que respecta a la proporción entre bebedores y no-bebedores, aunque aquí también se hicieron divisiones muy distintas, de manera que, en algunos estudios, las mismas personas podían aparecer en la última categoría, mientras que en otros, estarían clasificadas en la penúltima. Sin embargo, este criterio tan simple (consumo o no consumo de alcohol) no tiene sentido en grupos en los que no existen prácticamente abstemios. En todo caso, permite comprobar que, por ejemplo, en los Estados Unidos existe un mayor número de abstemios que en Alemania. Pero cuanto más se profundiza en estas categorías respecto a la forma de consumo, más difícil se hacen las comparaciones entre las diversas investigaciones, puesto que sólo es posible la medición de dos parámetros (Cantidad y Frecuencia), que puedan considerarse, elaborarse y evaluarse diferencialmente, y que posean diferentes puntos de contacto con las otras categorías, con un número diferente de categorías y con unidades variables de alcohol consumido. A partir de estos datos no pueden hacerse afirmaciones tales como: "La población alemana tiene un índice más elevado de bebedores con consumo alto que la población americana". Se depende demasiado de suposiciones y cálculos aproximados.

2.2.4.3. Escalas para la detección de los problemas causados por el consumo alcohólico.

Para la detección de problemas causados por el consumo alcohólico, se utilizaron a menudo escalas con diferentes formas de presentación. Aquí se incluyen las escalas acerca del consumo problemático ("preocupación por el alcohol"), que se basan en las fases del alcoholismo de Jellinek (JELLINEK, 1952), examinadas y ampliadas por

TRICE y WAHL (1958), JACKSON (1957; 1958), JACKSON y CONNOR (1954), KRAMPEN y NISPEL (1979) y FEUERLEIN (1977), entre otros. Como ejemplo, nos servirá la escala utilizada por MULFORD y MILLER (1960), en su versión alemana. Se divide en cuatro partes:

- (a) - Yo estoy ebrio varios días seguidos.
 - Me preocupa no poder conseguir nada para beber cuando lo necesito.
 - Bebo a escondidas, cuando nadie me ve.
- (b) - Cuando empiezo a beber, me es difícil dejarlo antes de quedar completamente ebrio.
 - También estoy ebrio en días laborables.
 - Lo primero que hago por las mañanas es beber alcohol.
- (c) - Cuando me despierto al día siguiente, no puedo acordarme de algunas de las cosas que hice mientras bebía.
 - Antes de ir a una fiesta, me tomo rápidamente un par de copas, para asegurarme mi ración.
 - Cuando bebo, descuido mis comidas regulares.
- (d) - No paladeo demasiado la bebida, la consumo de-
prisa.
 - Bebo por el efecto del alcohol, sin fijarme es-
pecialmente en el tipo o la marca de la bebida.
 - Hoy en día, el alcohol me produce menos efecto
que antes.

Como puede verse, tales escalas contienen una mezcla de formas de comportamiento frente a la bebida (que destacan por su duración o por sus circunstancias temporales, situacionales, o sociales), y de situaciones, motivaciones y problemas fisiológicos del alcoholismo.

Las escalas para la detección de problemas ocasionados por la bebida son muy diferentes en cuanto a su al-

cance y precisión. La escala de "consumo problemático" de PARK (1958), es la más conocida y utilizada en muchas versiones. PARK la elaboró en base a los datos de las investigaciones de STRAUS y BACON (1953), verificada parcialmente por WILLIAMS (1967). Investigaciones más recientes (ORFORD y POSTOYAN, 1970), apoyan la hipótesis de que esta escala y sus variantes mide más bien la intensidad de la preocupación por el consumo, que el número de problemas que ocasiona. Por lo tanto, debería en rigor incluirse entre los cuestionarios anteriormente mencionados, puesto que se refiere a preocupaciones individuales y específicas.

Por otra parte, también se elaboraron escalas que, aunque estudiaban asimismo aspectos integrados dentro de las escalas de "preocupación por el alcohol" (por ejemplo, problemas de salud o dependencia alcohólica), adicionalmente tematizaban problemas interpersonales -tales como discusiones con el cónyuge, con extraños, o con familiares por causa del alcohol-, y problemas sociales -tales como conflictos con la policía, en el trabajo, y hospitalización por alcoholismo-. Las formulaciones son, en parte, muy amplias y poco precisas ("A causa de su consumo alcohólico, tuvo Vd. alguna vez dificultades con ...") (MULFORD y MILLER, 1960), y, en parte, más precisas en cuanto a aspectos cualitativos, cuantitativos y temporales.

Entre las escalas de problemas más precisas, pueden designarse la del estudio americano de CAHALAN (1970) y la de la investigación inglesa de EDWARDS y cols. (1972). Sin embargo, la escala de CAHALAN contiene, junto a preguntas precisas acerca de los ámbitos de problemas ya descritos, preguntas acerca del "consumo sintomático" y de las motivaciones para beber alcohol (las que, en sí, no representan ningún problema). La escala inglesa, por

el contrario, está orientada específicamente hacia la detección de 25 problemas ocasionados por el consumo y formulados con precisión. Como ejemplo, pueden citarse los siguientes ítems: "¿Tuvo Vd. alguna vez problemas económicos a causa de su consumo de alcohol?", o, "¿Llegó Vd. alguna vez con retraso al trabajo por estar embriagado?". Se respondían todas las preguntas en base a 4 posibilidades escalonadas de respuesta. Otros estudios más recientes, en la misma línea de investigación, se encuentran en GUZE y GOODWIN (1972), MORTIMER y cols.(1973), LANYON y PRIMO (1975), FREEDBERG y SCHERER (1977), McAULEY y cols.(1978), SCHWARZ y GRAHAM (1979), MAYER y FILSTEAD (1980) y APFELDORF y HUNLEY (1981).

2.2.4.4. Escalas para la evaluación de las covariables directas.

Los ítems y escalas aplicadas aquí fueron esencialmente los mismos que se utilizan en otras áreas de estudio. En general sólo se realizaron preguntas en forma esporádica y asistemática. En las preguntas referidas al modo de beber predominaron los ítems con categorías de frecuencia. Las actitudes se midieron generalmente a través de preguntas sencillas, o de afirmaciones que se debían confirmar o negar. Por ejemplo, KNUPFER y ROOM (1967) utilizaron seis ítems "verdadero-falso" en su encuesta entre irlandeses, judíos y protestantes en América, intentando medir las actitudes de los sujetos frente a la embriedad.

Esta área de estudio está poco estructurada aún. Existen sólo algunas investigaciones que midan algo más que la dimensión de "actitud positiva / actitud negativa" frente al alcohol. Una excepción la constituye el trabajo de ORFORD y POSTOYAN (1970), que presentaron un Dife-

rencial Semántico con 16 pares de adjetivos polares a estudiantes londinenses de 17 a 19 años, realizando posteriormente un análisis factorial de los datos. Obtuvieron tres factores relacionados con el volumen de consumo y problemas ocasionados por la ingestión de alcohol: Un factor de evaluación, uno de importancia y uno referido a la intensidad del efecto causado.

Si las preguntas de criterios se formulan habitualmente como afirmaciones generales, frente a las cuales debe indicarse el grado de aceptación o rechazo, las afirmaciones acerca de la motivación para beber se formulan de modo que el sujeto las acepte o rechace como una opinión personal acerca de sí mismo (MULFORD y MILLER, 1960; WILKINS, 1975; VAKICHUK, 1978).

2.2.4.5. Escalas para la detección de una personalidad alcohólica.

Al hablar del modelo médico de alcoholismo, ya nos referimos a los intentos para lograr una detección temprana de los problemas y al hecho que, pese a los esfuerzos realizados, la llamada "personalidad alcohólica" no surge como un concepto unitario.

Sin entrar en detalle respecto al sinnúmero de escalas y de investigaciones en el tema, queremos llamar la atención acerca del hecho que los estudios que utilizan como punto de partida el MMPI sin duda sobrepasan en cantidad, en una proporción significativa, a otros estudios. APFELDORF, por ejemplo, viene realizando estudios en diversas poblaciones desde 1974, año en el cual ya revisa 11 trabajos hechos con el MMPI, clasificándolos en dos tipos principales: a) Estudios que consideran el alcoholismo como alteración grave independiente y diseñan escalas especiales para su detección y b) Estudios que acep-

tan un sistema nosológico que incluye alteraciones neuróticas, psicóticas y psicopáticas similares y que excluyen o subestiman las escalas especiales, utilizando para el alcoholismo las escalas clínicas generales. El mismo autor continuó en esa línea de investigación (APFELDORF, 1974, 1978, 1981), defendiendo el primer tipo de estudio. Tanto en su revisión del año 1978, como en su trabajo del año 1981, enfatiza la consistencia de la escala de McANDREW a la hora de discriminar entre alcohólicos y sujetos de control. El lector interesado en ese tipo de escalas puede recurrir a PANTON (1972), McLACHLAN (1974), HODO y FOWLER (1976), HODO y BARKER (1976), ERICKSON y O'LEARY (1977), WILSON y cols. (1977), DONOVAN y cols. (1978), CONLEY y KAMMEIER (1980) y GALANTER (1980).

Sin embargo, otros autores, tales como KNOX (1976) y CLOPTON (1978), subrayan la diversidad de perfiles que arrojan los estudios con el MMPI en alcohólicos, aclarando que no existe apoyo empírico respecto a la posibilidad de predicción de éxito terapéutico, o de la conducta de consumo post-terapéutica, en base a este inventario. Por su parte, no niegan el valor discriminativo de las escalas específicas cuando se trata de diferenciar entre alcohólicos y sujetos de control.

Existen además algunos estudios con el MMPI específicos para mujeres (McANDREW, 1978; KRAUTHAMER, 1979), sin que se observen diferencias marcadas con los resultados obtenidos en varones.

3. MARCO EMPIRICO

Antes de presentar los resultados de nuestra propia investigación, ofreceremos un resumen de algún material empírico ya disponible, que podrá compararse luego con

los propios resultados. Con ello no sólo se pueden comprobar los datos ya existentes, sino también los aspectos que no se han estudiado con suficiente detalle, y en los que las teorías se encuentran prácticamente flotando en el vacío.

Primeramente veremos los resultados obtenidos respecto a los criterios acerca del consumo problemático del alcohol, planteados anteriormente, para luego pasar a las diversas covariables, dando preferencia a aquellas investigaciones en las cuales las covariables no sólo se estudian descriptivamente, sino que también se intenta detectar su relación con el consumo problemático.

Nos pareció más económico y claro ordenar los resultados según las distintas variables centrales, en vez de presentar por separado los datos en favor de las distintas teorías. Aunque estas teorías se superponen frecuentemente, las variables a las que se refieren pueden aislarse y ordenarse con relativa facilidad.

3.1. Extensión y tipos de consumo problemático de alcohol.-

3.1.1. Volumen de consumo alcohólico.

Empezaremos con datos obtenidos en el mismo país en el cual obtuvimos nuestra muestra, es decir, la República Federal Alemana, para luego dar una breve panorámica a nivel internacional.

Con respecto al nivel de consumo de alcohol en la República Federal, tenemos solamente tres estudios directos: Un estudio de GRUNTZIG y cols. (1970), realizado entre los funcionarios de edades comprendidas entre los 40-50 años, de empresas municipales de Heidelberg, una encuesta de WIESER (1968) con una muestra representativa de la

población adulta de BREMEN y otra, del mismo autor (1973), con una muestra de toda la República Federal Alemana.

El 66% de la muestra de Heidelberg declaró que bebía diariamente, el 6'7% era abstemio. El volumen medio de consumo de alcohol puro era de 252'8 gramos por semana. Este estudio no tomó en cuenta los problemas causados por el alcohol, con excepción del registro de algunos datos médicos.

De la investigación de Bremen (1968) se deduce que el 24% de la población bebe diariamente; el 37%, de una a dos veces por semana; el 18%, de una a dos veces al mes y el 20% una o dos veces por trimestre o menos. Por desgracia, no se estudió ni la cantidad de alcohol consumida, ni la incidencia de problemas relacionados con el consumo.

El Cuadro 1, que presentamos a continuación, se confeccionó en base a los resultados de Wieser (1973), en la encuesta realizada en toda la República Federal. También en esta investigación se estudió solamente la frecuencia, pero en forma separada para cada tipo de bebida alcohólica.

- Colocar aquí Cuadro 1 -

Como se observa, la cerveza es la bebida que más se consume. Sin embargo, según WIESER, se producen diferencias regionales muy grandes, sobre todo respecto al consumo de cerveza y vino, mientras que el consumo de bebidas de alta gradación alcohólica, de diversos tipos, se mantiene bastante constante.

Para una comparación y una mejor jerarquización de los datos expuestos, ofrecemos a continuación la traducción de un cuadro por DeLINT y SCHMIDT (1971). Contiene los

Cuadro 1: Frecuencia del consumo alcohólico en la República Federal Alemana
(Según WIESER, 1973)

Frecuencia	Cerveza %	Vino %	Bebidas de alta gradación alcohólica %
Más de una vez al día	4	1	1
Una vez al día	10	2	3
Quitándose algún día	10	4	4
Aprox. 3 - 4 veces por semana	12	5	5
Aprox. 1 - 2 veces por semana	22	13	15
2 - 3 veces al mes	10	25	20
Una vez al mes	8	21	21
1 - 2 veces al año	6	14	12
Menos de una vez al año	5	6	6
Nunca	12	7	12
No recuerda	1	2	1

(Los datos indican el porcentaje de sujetos en cada categoría. N = 616)

datos comparativos acerca del consumo alcohólico de diferentes países, obtenidos por medios indirectos, el número aproximado de bebedores excesivos, calculados en base a la fórmula de LEDERMANN, y los datos acerca de fallecimientos por cirrosis hepática.

- Colocar aquí Cuadro 2 -

De acuerdo con ALONSO-FERNANDEZ (1976), la adicción psicológica al alcohol, en varones españoles, muestra la siguiente distribución de edad: 18% entre los 10 y 14 años, 54% entre los 15 y 19 años, 14% entre los 20 y 24 años, 11% entre los 25 y 29 años y 5% a partir de los 30 años. Estos datos complementan los presentados por DeLINT y SCHMIDT.

Aunque renunciamos a seguir realizando comparaciones, queremos destacar sin embargo el hecho de que en EE.UU., según datos convergentes, un tercio de la población adulta es totalmente abstemia. Esta indicación parece tanto más importante, cuanto que la mayoría de las investigaciones a las que se hace referencia en este trabajo proceden de EE.UU. o Canadá. Parecería que en Europa predominan otros cánones respecto al alcohol. Es posible que muchos sujetos que en las investigaciones norteamericanas serían designados como alcohólicos, no caerían dentro de esa categoría en la República Federal Alemana o en España.

3.1.2. Problemas causados por el consumo alcohólico.

Para facilitar una impresión global acerca de lo que se incluye bajo esta rúbrica, mencionaremos a continuación los principales problemas relacionados con el alcohol y algunos datos acerca de su incidencia. Se pueden

Cuadro 2: Consumo anual por persona en litros de alcohol puro , datos acerca de bebedores con un consumo mayor a los 15 cl. diarios de alcohol puro (*), y número de fallecimientos por cirrosis hepática (según DELINT y SCHMIDT, 1971).
(*) Fórmula LEDERMANN

País	Consumo anual por persona (1966/1967)	Datos de be- bedores exce- sivos en ba- se a una muestra de 100.000 per- sonas mayo- res de 15 años	Número de falle- cimientos por cirrosis hepáti- ca sobre una muestra de 100.000 personas mayores de 15 años (1963,1964, 1965)
FRANCIA	25'9	9405	45'3
ITALIA	20'0	5877	27'3
PORTUGAL	19'5	5652	42'7
ESPAÑA	17'1	4635	24'3
AUSTRIA	16'0	4212	35'0
REPUBLICA FEDERAL ALEMANA Y BERLIN			
OCCIDENTAL	16'0	3978	26'7
SUIZA	15'8	3901	19'7
LUXEMBURGO	12'5	2988	34'2
HUNGRIA	12'4	2952	12'9
USA	12'0	2198	18'4
CHECOSLOVAQUIA	11'4	2655	13'1
CANADA	11'1	2272	10'0
GRAN BRETAÑA	10'9	1946	3'7
IRLANDA	10'9	1946	4'5
DINAMARCA	9'4	1848	10'2
BELGICA	9'3	2052	12'9
POLONIA	9'0	1752	8'6
SUECIA	8'4	1515	7'9
HOLANDA	7'7	1456	4'9
FINLANDIA	5'9	945	4'6
NORUEGA	5'9	945	4'7

Como se observa, el alemán consume 16 litros de alcohol puro por año y por bebedor, con lo cual su consumo es elevado y sólo superado por los países productores de vino: Francia, Italia, Portugal y España. Entre España y Alemania Federal, de hecho, media sólo Austria.

obtener más detalles acerca del tema en la obra de POHL (1973).

Aquello que en una investigación se detecta como problema individual causado por la ingestión de alcohol, también se puede detectar en gran medida en grandes poblaciones o grupos, puesto que cada sociedad reacciona frente a las conductas que le parecen problemáticas, comprobando los daños, tomando medidas preventivas y registrando su incidencia. Precisamente aquí se hace claramente visible la dependencia cultural de la definición de un problema. De acuerdo con lo que aparece como problemático en una sociedad, se pueden observar distintas reacciones y registros, que luego se utilizan en los estudios de prevalencia. Tales datos no deben compararse sin más de ninguna manera. Los problemas no surgen por sí mismos, sino que deben definirse primero como tales. Por esto, se producen diferencias tanto cuantitativas como cualitativas en las definiciones y en las reacciones: Diferencias cuantitativas, según el nivel de tolerancia o intolerancia; cualitativas, según si un comportamiento determinado se llega o no a considerar como un daño, o como un problema para la sociedad. La diferencia cualitativa es más fácil de ilustrar: Por ejemplo, los casos de detención por embriaguez en público, que en EE.UU. y algunos países escandinavos se consideran un problema muy serio, tanto social como individual, puesto que van unidos a gastos para el Estado y pueden tener consecuencias graves para el individuo. En España, Francia o Alemania Federal, por el contrario, no parecen representar una forma de conducta demasiado problemática, puesto que se toleran en gran medida, tanto a nivel privado como oficial. Por esto mismo, no existe naturalmente ningún registro oficial de tales conductas, a menos que vayan unidas a conductas delictivas. Además, los datos frecuencia

les se ven influidos por la eficacia, extensión y selectividad del sistema de detección y asistencia. Como en la mayoría de estos problemas ya existen medidas oficiales respecto a ellos, se debe considerar su incidencia como influida de antemano por el conocimiento acerca de tales medidas. No se debe tomar en cuenta sólo la supresión de tales conductas por temor a las sanciones, sino también el ocultamiento, la negación, el encubrimiento y las omisiones en los registros. Otros problemas se producen justamente a causa de las medidas de control, como por ejemplo el contrabando de alcohol en países con leyes de limitación en el consumo y venta. Los sucesos que se calificaron con mayor frecuencia como problemáticos, en los diversos países, son los siguientes: (1) Daños a la salud y aumento de la mortalidad (inclusive el suicidio) por ingestión excesiva de alcohol; (2) Conducción de vehículos bajo efectos del alcohol, accidentes de tráfico; (3) Otros accidentes (accidentes laborales, invalidez); (4) Problemas familiares; (5) Delincuencia.

En estos problemas no sólo interesa si aparecen frecuentemente en personas que habitualmente están bajo influencia del alcohol, sino también si aparecen con más frecuencia en grupos que normalmente beben más alcohol que la población media, o que tienen otros problemas relacionados con el alcohol.

Está claro que los datos oficiales que mencionaremos a continuación sólo se refieren a problemas graves, mientras que los problemas más leves y aquéllos que sólo se manifiestan como experiencias puramente subjetivas, deben detectarse interrogando al propio individuo. Así, por ejemplo, no todas las discusiones conyugales provocadas por el alcohol acaban en un divorcio, aunque algún día pueden conducir a él. Tampoco puede encontrarse en ninguna cifra oficial las presiones psicológicas que impulsan

al suicidio. En este caso, pueden darse síntomas previos tales como: Temor a la dependencia alcohólica, intentos inútiles de dejar de beber, y pensamientos de suicidio. Todos ellos sólo serían detectables interrogando al mismo afectado o a sus familiares cercanos.

HORN y WANBERG (1969) ya llevaron a cabo una amplia investigación entre 2.300 alcohólicos, con miras a la detección de síntomas. Ellos observaron que eran precisamente los problemas subjetivos y más simples, es decir, aquéllos que no estaban registrados oficialmente, los que mostraban una elevada prevalencia en la muestra, siendo detectados en casi todos los alcohólicos, mientras que los otros síntomas y formas de conducta relacionados con el alcoholismo mostraban una considerable variabilidad. Los siguientes problemas mostraron la mayor prevalencia: (1) Beber en busca de alivio (97%); (2) Sentimientos de vergüenza por el comportamiento bajo efectos del alcohol (90%); (3) Miedos y temores difusos tras un episodio de ebriedad (84%); (4) Sensibilidad frente a los comentarios de los demás acerca del consumo alcohólico, consumo de alcohol por la mañana, temblores después de beber y episodios de pérdida de conciencia (82%).

También se puede averiguar la incidencia de tales problemas entre la población global y en parte esto se ha hecho ya, pero vamos a renunciar a una exposición de los resultados procedentes de estas fuentes, puesto que, en primer lugar, son muy escasos y, en segundo, en investigaciones de esta índole normalmente todos estos problemas se han sumado y evaluado en una puntuación única, de manera que ya no es posible una subdivisión en las diferentes áreas.

3.1.2.1. Problemas relacionados con la salud.

Entre los problemas relacionados con la salud cuentan las hospitalizaciones y tratamientos en régimen ambulatorio por alcoholismo, las psicosis alcohólicas y otras enfermedades relacionadas con el alcohol, la reducción de expectativas de vida a causa de estas enfermedades, como también a causa de una mayor tendencia al suicidio y un mayor riesgo de accidentes.

Como destaca SCHMIDT (1966), no puede darse una cifra totalmente exacta acerca de los enfermos alcohólicos en Alemania Federal y Berlín Occidental. No existe una versión oficial unitaria ni un registro unitario de datos, como tampoco existe una asistencia especial para enfermos alcohólicos y, por ello, no se posee una estadística global fiable.

SCHMIDT y De LINT (1972) analizaron la mortalidad y causas de fallecimientos en 6478 personas (entre ellas 1119 mujeres), que habían sido tratadas en una clínica para alcohólicos en Canadá entre los años 1951 y 1964. La proporción entre los casos de muerte observados y los esperados, fue de 2'02 para los hombres y de 3'19 para las mujeres, es decir, la mortalidad fue de dos a tres veces mayor que en la población general. El mayor número de muertes tuvo lugar en los grupos de edades comprendidas entre los 35 a 44 años. Las causas de muerte más frecuentes fueron las siguientes:

- Cáncer de los tramos digestivo y respiratorio superiores, con una proporción de 2'79 en los hombres y de 1'88 en las mujeres;
- "Alcoholismo", con una proporción de 24'00 en los hombres y 33'33 en las mujeres;
- Arterioesclerosis cardíaca, con una proporción de 1'74 en hombres y 4'10 en mujeres;

- Infecciones pulmonares, con una proporción de 3'07 en hombres y 7'14 en mujeres;
- Cirrosis hepática, con una proporción de 11'49 en hombres y 25'00 en mujeres;
- Úlceras estomacales e intestinales: 3'55 en hombres y 6'66 en mujeres;
- Accidentes: 2'52 en hombres y 12'40 en mujeres;
- Suicidio: 6'02 en hombres y 8'69 en mujeres.

WILKINSON y cols. (1971) examinaron 1000 pacientes alcohólicos de una clínica especializada en Australia. Las enfermedades agudas más frecuentes fueron, en este caso, las siguientes:

- Enfermedades hepáticas (25'1% de todos los casos);
- Neuropatía periférica (19%);
- Hipertensión (16'8%);
- Gastritis (13'3%).

Por otra parte, detectaron las siguientes enfermedades crónicas más frecuentes:

- Bronquitis crónica (17'3%);
- Cirrosis (9'8%);
- Lesiones cerebrales crónicas (8'8%);
- Epilepsia (7'8%);
- Úlceras gastro-intestinales (7'2%).

CIMOPI y EISERT (1969), compararon en Suiza las causas de muertes en 1468 personas hospitalizadas por alcoholismo, y nacidas todas entre los años 1873 a 1877, con la población general, comprobando una disminución significativa de la duración de vida, que llegó al 12% en las mujeres y al 15% en los hombres. Se produjo una reducción especialmente fuerte de la duración de la vida en los casos de alcoholismo grave con alteraciones cerebrales. Las siguientes causas de muerte fueron más frecuentes en alcohólicos, en comparación con la población nor-

mal: Suicidio, cirrosis hepática, "delirium tremens" y alteraciones del sistema nervioso. Por el contrario, las alteraciones del sistema circulatorio se detectaron con menor frecuencia.

Por último, en 1981 HYMAN correlacionó los tres tipos de mortalidad por cirrosis hepática: "alcohólica", "inespecífica" y "con otra especificación", con los datos acerca del consumo de alcohol en los EE.UU., demostrando que, si bien hay una relación clara entre consumo y mayor mortalidad por cirrosis, ésta no se refiere específicamente a las cirrosis diagnosticadas como "alcohólicas", afectando más bien a la enfermedad en general.

En los últimos años se efectuaron varios estudios referentes a los daños psico-orgánicos provocados por el alcohol. ECKARDT y cols. (1980) estudiaron los déficits neuropsicológicos padecidos por varones alcohólicos de edades comprendidas entre los 30 y los 35 años, mientras que ADAMS y cols. (1980) analizaron el mismo problema en varones alcohólicos de 35 a 40 años. Ambos relacionaron el consumo de alcohol con una disminución en el rendimiento intelectual general, en la eficacia psicomotora y en la capacidad de razonamiento abstracto, medidos en diversos tests. PARKER y cols. (1980) ratifican esta relación en una muestra de jóvenes estudiantes.

Por otra parte, la mayor tendencia a los accidentes y al suicidio, por parte de personas que informan acerca de un consumo excesivo de alcohol, ha recibido una atención especial por parte de los investigadores. Referiremos primeramente algunas investigaciones respecto al peligro de accidentes en general, para luego pasar a ocuparnos de los accidentes de circulación, como tema especial.

WECHSLER y cols. (1969) realizaron pruebas de alcoholemia en 5622 pacientes de una Clínica de Urgencias den-

tro de un hospital general en EE.UU. El porcentaje de casos positivos (es decir, que señalaron consumo de alcohol) fue el siguiente:

- en 22'3% de los accidentes en casa, BAC = 0'05% en el 11'3%;
- en 29'5% de los accidentes de tráfico, BAC = 0'05% en el 17'1%;
- en 15'5% de los accidentes de trabajo, BAC = 0'05% en el 4'9%;
- en 24'1% de los demás accidentes "varios", BAC = 0'05% en el 13'2%;
- en 56'0% de los pacientes con heridas recibidas en peleas, BAC = 0'05 en el 39%.

Por otra parte, en 1222 pacientes no-accidentados, el porcentaje de resultados positivos en las pruebas de alcoholemia fue sólo de 8'9% ($p < 0.01$).

BRENNER (1967) realizó un seguimiento de 1343 alcohólicos que habían sido tratados en cuatro instituciones distintas de EE.UU., entre los años 1954 y 1957. De estos pacientes, 217 murieron en 1961, y de ellos, 35 por accidentes diversos: 10 en accidentes de tráfico, 14 por caídas, 6 por envenenamiento y 5 por otros accidentes. BRENNER llega a la conclusión de que los alcohólicos corren siete veces más peligro de sufrir un accidente mortal, con una proporción de 480 muertes en 100.000 personas por año, en comparación de 68 muertes en 100.000 personas por año en la población total.

BAUMGARTEL y cols. (1968) detectaron un 4% de sujetos en estado de ebriedad entre los pacientes heridos por accidente, en una Clínica de Urgencias de Berlín, en el año 1965.

Es psible que el alcohol no sólo lleve a la delincuencia, sino también a una mayor probabilidad de ser atacado. MEDINA (1970) presenta datos del Instituto Médico-Ju ridico de Santiago de Chile, en los que se observa que

en muchas de las víctimas de homicidio (en el 62% de los hombres y en el 33% de las mujeres) aparece un nivel de alcohol en la sangre de 50mg./100ml.

Con respecto a la tendencia al suicidio bastan, como ejemplos, las siguientes cifras:

- De acuerdo con SCHNEIDMANN y FABEROW (1956), la presencia de alcohol en la sangre, en casos de suicidio, varía entre el 2% y el 10%, según el país;

- WATSON (1969) informa de Inglaterra que en una muestra de 33.848 hospitalizados en una clínica de urgencias de un hospital de Londres, se detectó ingestión de alcohol en el 10% de todos los pacientes que habían realizado intentos de suicidio.

- KOLLER y CASTAÑOS (1968) detectaron en una clínica para alcohólicos de Australia un 20% de pacientes que realizaron intentos de suicidio.

- KAPAMADZIJA (1969) examinó 2281 suicidios en Yugoslavia, desde 1960 hasta 1965. Llegó a un 32% de alcohólicos y a un 33% de sujetos que estaban intoxicados con alcohol en el momento del suicidio. De 500 alcohólicos con anamnesis conocida, 35% habían realizado un intento de suicidio, o habían sentido el impulso de suicidarse.

- Según MEDINA (1970), en Chile el alcohol juega un papel importante en el 36% de los suicidios de varones y el 14% de suicidios de mujeres (BAC sobre 49mg/100ml).

- WHITLOCK y SHAPIRA (1967) observaron que, de 274 pacientes (180 mujeres, 94 hombres), que fueron internados por intentos de suicidio en un Hospital General de Australia, el 32% estaba bajo efectos de alcohol.

- LANG y cols. (1967), en Yugoslavia, detectaron intentos o pensamientos de suicidio en el 19% de sus pacientes alcohólicos. Y por último, según BLEIN (1970), el 30% de los empleados que se suicidaron en una empresa francesa eran alcohólicos (en la empresa había un total

de 4'6 empleados alcohólicos).

Sin embargo, rara vez se utiliza el alcohol como medio directo de suicidio. Los suicidios por sobredosis de alcohol son relativamente escasos, aparentemente porque se necesitaría una dosis demasiado alta.

3.1.2.2. Accidentes e infracciones de tráfico.

Muy a menudo se estudian las causas de los accidentes de tráfico. En los últimos años se centró la discusión en torno a la cuestión de si el riesgo elevado de accidentes es una función simple del nivel de alcohol en la sangre, o si las personas con otros problemas relacionados con el alcohol implican un factor de riesgo adicional. Con toda seguridad, el riesgo de accidentes se eleva bajo efectos del alcohol; con toda seguridad también, el peligro de accidentes es más elevado en los alcohólicos, pero esto posiblemente se deba sólo a su BAC promedio más alto que el normal.

Expondremos a continuación algunos datos, como ejemplos del mayor riesgo de accidentes bajo efectos del alcohol y en los alcohólicos.

MEDINA (1970) cita una investigación sueca, en la cual se compararon los niveles de alcohol en la sangre entre personas que sufrieron un accidente de tráfico y un grupo de control elegido al azar, comprobándose la frecuencia de accidentes. De acuerdo con los resultados, el riesgo de accidentes con un BAC = 1'00 es 10 veces más elevado que en conductores sobrios y se eleva nuevamente con un BAC = 1'25, llegando a ser 40 veces mayor con un BAC = 1'5.

INOBERSTEG y BRAUMLER (1967) examinaron 328 pacientes hospitalizados por accidente en Suiza: En el 24% de los heridos en accidente de circulación, y en el 15% de los

heridos en accidentes laborales y caseros, la prueba de alcoholemia fue positiva. Dos tercios de los heridos en accidentes de tráfico con alcoholemia positiva mostraron niveles de alcohol mayores a 0'8 ml/Kg.

En datos oficiales más antiguos del NATIONAL SAFETY COUNCIL (Accident Facts) (1960) de EE.UU., se observa que entre el 20% y el 30% de los accidentes mortales se produjeron bajo efectos del alcohol. En los accidentes no-mortales, el porcentaje fluctúa entre el 50% y el 60%.

CRANCER y QUIRING (1969) utilizaron el fichero de una Comisaría de tráfico para averiguar cuántos de los 515 pacientes ingresados en un hospital con el diagnóstico de "alcoholismo crónico" tenían una licencia de conducir vigente. En 375 casos, la licencia no estaba en regla. Compararon luego a los 140 conductores restantes con 228 conductores de la misma comarca, que tenían su licencia de conducir vigente. En comparación con el grupo-control, los alcohólicos habían provocado significativamente más accidentes y recibido más multas (por circular en estado de ebriedad, por conducción descuidada, por delitos de huida, por conducir sin licencia, y por conducir sin respetar las normas de tráfico).

WALLER y GOOD(1969) llegaron a resultados similares al comparar los datos de conducción de alcohólicos, personas con otras alternativas psicosociales, y personas con alteraciones orgánicas, con una muestra de la población normal. Los alcohólicos mostraron significativamente más accidentes por errores al conducir, más accidentes por exceso de velocidad, más accidentes por adelantamientos, más accidentes que sólo involucraban un vehículo o vehículos aparcados, más multas de tráfico por conducir en estado de ebriedad, más multas por faltas múltiples y más multas por conducir sin licencia o con la licencia caducada.

WALLER (1967) recogió informes acerca de contactos anteriores con instituciones municipales, especialmente por problemas relacionados con el alcohol, en 150 conductores en estado de ebriedad, 33 conductores bajo efectos del alcohol, involucrados en accidentes sin ser arrestados, 117 sobrios involucrados también en accidentes, 131 conductores que habían cometido infracciones de tráfico, y 150 conductores libres de accidentes y multas. Como criterios de selección para calificar a los sujetos como bebedores-problema, se utilizaron dos o más arrestos por beber o la identificación, por parte de las instituciones pertinentes, como bebedor con problemas. Se obtuvo una alta correlación entre dos o más arrestos por beber y la calificación de "bebedor con problemas". El 87% de los conductores ebrios eran conocidos por las instituciones. WALLER (1969) (Véase SMART y WALLER, 1969) resume los resultados afirmando que la proporción de accidentes protagonizados por alcohólicos es más o menos dos veces mayor que la de sujetos no-alcohólicos. El BAC promedio en accidentes es de 150 mg/%, siendo el riesgo de accidentes, con esta concentración, aproximadamente 25 veces mayor que con un BAC = 0. WALLER calcula que sólo el 5 a 10% de la conducción de los sujetos alcohólicos se realiza en estos niveles de BAC, pero que, de acuerdo con los datos obtenidos, el alcoholismo o el consumo problemático del alcohol juega un papel importante en por lo menos un tercio de todos los accidentes de tráfico graves o mortales. Estudios posteriores (ZELHART, 1972; SANDLER y cols., 1975) confirman estas cifras. ABERASTURI y cols. (1976) nombran el consumo de alcohol como cuarto antecedente de accidentes de tráfico, inmediatamente después de preocupaciones económicas, familiares y profesionales, en un estudio realizado en Madrid.

3.1.2.3. Problemas laborales.

En este caso no podemos presentar informes muy completos, puesto que la mayoría de los problemas se tratan en forma privada dentro de las empresas. Los problemas que se relacionan con más frecuencia con el alcohol, son los siguientes:

- Disminución de la eficacia cualitativa y cuantitativa del trabajo;
- Ausentismo laboral;
- Cambios frecuentes en el puesto de trabajo;
- Invalidez a consecuencia de un consumo excesivo de alcohol.
- Descenso en el escalafón profesional o dificultades en el ascenso.

TRICE, uno de los especialistas de EE.UU. en el campo de los problemas laborales relacionados con el alcohol, destaca en una revisión global (en POPHAM, 1970) que se encuentran casi exclusivamente investigaciones acerca de trabajadores no-cualificados u obreros en esta área de estudio, y muy poca información acerca de empleados en posiciones elevadas o directivas. Por ello, el volumen de gastos adicionales ocasionados por el alcohol difícilmente se puede calcular, puesto que, seguramente, un directivo con problemas laborales ocasionados por el alcohol puede ocasionar considerablemente más daños a su empresa que un obrero.

TRICE (1970) afirma que los superiores de obreros alcohólicos se quejan repetidamente de su falta de eficacia, tanto cuantitativa, como cualitativa. A este respecto, SKUJA y cols. (1976) analizaron la eficacia laboral de ex-alcohólicos y alcohólicos, medida en base a la estimación de sus supervisores. Sus datos sugieren que los empleados eficaces beben significativamente menos que

los ineficaces y que esta relación permanece constante a lo largo de 6 meses, 12 meses, 2 años y 3 años, de acuerdo con sus estudios de seguimiento. Según TRICE (1962, 1970), las afirmaciones, basadas en impresiones clínicas, acerca del frecuente cambio de empleo en los alcohólicos crónicos, tampoco se puede ratificar empíricamente. Este autor menciona una investigación, según la cual los alcohólicos permanecieron 20 a 30 años en una misma empresa. Sin embargo, no parece existir aquí ninguna información unitaria. VASEV y cols. (1968) informan acerca de 500 pacientes alcohólicos en Belgrado, entre los cuales el 87% había cambiado de empresa al menos una vez y el 48% había cambiado su puesto de trabajo dentro de la misma organización. Aquellos empleados que ejercían su profesión menos de 5 años, habían cambiado su lugar de trabajo con especial frecuencia, en concreto, cada 10 meses aproximadamente. La inestabilidad fue el motivo fundamental aducido para justificar el sueldo más bajo que percibían los alcohólicos. También el paro laboral dentro de esta población se justificaría ante todo por los problemas laborales relacionados con el alcohol, tales como ausentismo, retraso y faltas de disciplina.

Los accidentes laborales se trataron ya anteriormente, al hablar de los accidentes en general. Ya ahí se podía entrever que los accidentes de trabajo bajo efectos del alcohol son relativamente menos frecuentes en comparación con otros accidentes provocados por el consumo de alcohol. TRICE (1970) menciona una investigación de 1962, según la cual los alcohólicos tienen pocos accidentes de trabajo, aunque la cifra de sus accidentes en otras situaciones sea muy elevada. Este autor considera que los alcohólicos quieren demostrar con ello que se encuentran en perfectas condiciones.

Con respecto al ausentismo, HUDOLIN (1969) informa a-

cerca de una industria con 1000 trabajadores, entre los cuales había 35 alcohólicos, que a su vez eran responsables del 50% de las ausencias al trabajo. Investigaciones de OBSERVER y MAXWELL (1959), y TRICE (1965), indican que los alcohólicos faltan al trabajo con una frecuencia tres a cinco veces mayor que los demás. A menudo, estas ausencias crónicas se pueden prolongar por largo tiempo, sin que se informe de ellas.

PELL y D'ALONZO (1970) obtuvieron unas cuotas algo más bajas al comparar los días de ausencia por enfermedad de 764 alcohólicos, con las de un grupo control de 863 personas, durante un año (1965). En los alcohólicos, se dieron 984 ausencias por enfermedad, con un total de 9941 días de incapacitación laboral; en el grupo control se dieron 569 ausencias, con 5046 días de incapacitación. Un estudio de SAAD y MADDEN (1976) detecta una pérdida de horas de trabajo, por ausentismo, de 121.7 días al año por persona, en 73 alcohólicos, en comparación con 15.9 días al año por persona, a nivel nacional, en el caso de varones que trabajan.

Existen informes de Yugoslavia acerca de cifras elevadas de invalidez en alcohólicos. HUDOLIN (1969) comprobó que, de aproximadamente 18.000 personas que anualmente solicitan pensión por invalidez, en 1964, el 5% eran alcohólicos; en 1967, el 11%. SPICER (1969), utiliza también los datos oficiales yugoslavos de los años 1964 a 1966, obteniendo una media de 6'5% de alcohólicos entre los inválidos. El 61% estuvieron impedidos durante un año, y 53% quedaron completamente incapacitados. También, STOJILJKOVIC y cols. (1969) examinaron casos de invalidez en Yugoslavia, con una muestra de 6000 inválidos en la región de Belgrado. El 61% de éstos fueron identificados como alcohólicos, aunque no habían sido clasificados como tales con anterioridad a la investigación.

3.1.2.4. Problemas conyugales.

Estos problemas están menos documentados. Sin embargo, un estudio de Suiza (HEDRI, 1971), informa acerca de 1350 matrimonios procedentes de familias relativamente a comodadas que solicitaron la separación. El 20% de estas parejas consideraron como causa fundamental de la separación el alcoholismo de uno de los cónyuges. Existen numerosas publicaciones respecto a diversos grupos socioculturales, incidiendo en el mismo tema, aunque con muestras más pequeñas (BALLARD, 1959; LEVINGER, 1966; GELLES, 1974; ORFORD y cols., 1976; HELL y cols., 1976; EDMUND y SHAWN, 1977; PAOLINO, 1977; McCRADY, 1977; WEIL, 1979).

Por otra parte, existen algunos estudios más específicos que analizan el impacto de un alcohólico sobre sus hijos o su esposa. STEINGLASS (1981) realizó una investigación muy completa acerca de la sintomatología psiquiátrica presente en las esposas de alcohólicos, en la cual no entraremos por salirse de los márgenes de nuestro estudio. El lector interesado en el tema de la repercusión del alcoholismo en los hijos del afectado, puede consultar, entre otros, a HECHT (1973), BARNES (1977), WOITITZ (1978), FRANKS y THACKER (1979), MITCHELL y cols. (1979), GOODWIN (1979) y WHITFIELD (1980). En todos estos trabajos se enfatizan los trastornos emocionales que sufren los hijos de alcohólicos y el mayor riesgo que corren de ser, a su vez, alcohólicos.

3.1.2.5. Delincuencia.

Como se mencionó anteriormente, la ebriedad misma ya es punible en algunos países, como por ejemplo, en Finlandia, Noruega, Suecia, Dinamarca (en este país debe añadirse sin embargo un comportamiento inadecuado), EE.UU.

y Checoslovaquia. Sin embargo, existen normas diferentes, y las leyes se aplican en forma más o menos estricta. En cualquier caso, en este momento los arrestos por embriaguez parecen representar para estos países un problema grave. Por ejemplo, se informa que en EE.UU. (ZAX y cols., 1964; STERN, 1967; PITTMAN, 1968), este delito provoca un tercio de todos los arrestos. Por EPSTEIN y cols. (1970) sabemos que en 46.000 arrestos registrados en San Francisco, este delito provoca el 45% de todas las faltas cometidas por personas menores de 60 años y el 82% en personas mayores de 60 años. PITTMAN (1968) calcula los gastos que este problema ocasiona al Estado en 100 millones de dólares anuales.

También son un grave problema otros delitos, cometidos en relación con la ingestión de alcohol. MEDINA (1970) menciona una investigación del Instituto Criminológico en una prisión de hombres, en Santiago de Chile, según la cual un tercio de todos los actos criminales se cometieron bajo efectos del alcohol. En el 58% de estos hechos punibles se trataba de asesinato; en el 28%, de robo con violencia; en el resto, de atraco y otros delitos. Según LANGE y TRUBSBACH (1969), en 1962, el 23%, y en 1966, el 32% de todos los delitos se cometieron por jóvenes bajo efectos del alcohol, según las estadísticas oficiales de Alemania Oriental. TARDIF (1968) examinó 356 personas en Canadá, que habían sido juzgadas en el año 1964 por delitos de violencia. La cantidad de lesiones causadas por personas que habían ingerido alcohol, fue considerablemente mayor a las causadas por personas que no habían bebido. En una investigación en Londres (GIBBENS y SILBERMAN, 1970), con 7.404 presos de tres cárceles, se pudo comprobar que aproximadamente la mitad de estos criminales tenían problemas graves relacionados

con el alcohol, aunque la mayoría no habían sido juzgados por delito de embriaguez. NEDOMA y cols. (1969), de Checoslovaquia, tras una investigación referida a 20 culpables de incesto, comprobaron que el 60% de ellos provenían de estratos sociales muy bajos y/o eran alcohólicos crónicos. También MARINKOVIC (1968) destaca la elevada incidencia de alcohólicos entre los culpables de incesto en Yugoslavia. DAVIS y cols. (1968) informan acerca de un 22% de alcohólicos entre los culpables de estafas con cheques. WECHSLER y THUM (1973), así como RUFF y cols. (1972), destacan la relación de consumo entre utilización de drogas, delincuencia, conducta antisocial y alcoholismo, en adolescentes y adultos. FILSTEAD y cols. (1976) ratifican posteriormente esta relación en otra muestra de adolescentes. Por último, KNOTT y cols. (1977) realizan una revisión de los estudios referentes a crímenes violentos y consumo de alcohol, subrayando que no sería la ingestión de alcohol por sí sola la que llevaría a crímenes, sino que habría una interacción entre factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales.

3.2. Predictores (covariables) directos.-

3.2.1. Modos de consumo y situaciones en las que se ingiere alcohol.

Los datos empíricos acerca de las relaciones entre modos y situaciones de consumo alcohólico y nivel de alcohol ingerido, así como sus relaciones con la aparición de problemas ocasionados por el consumo, se pueden obtener a través de tres fuentes de información:

- A partir de investigaciones socioculturales acerca de los hábitos de distintos pueblos y grupos culturales;
- a partir de descripciones clínicas del fenómeno "alco-

holismo"; y

- a partir de observaciones conductuales controladas, durante el consumo alcohólico inducido experimentalmente, para establecer la línea base previa a una terapia.

Los datos de la primera fuente en general consisten en observaciones más o menos incontroladas o en estereotipos nacionales, en las cuales la descripción de los estilos de consumo no resiste comúnmente una comprobación más objetiva. Por ejemplo, se ha descrito repetidas veces el estilo italiano de beber. En ese país se considera el alcohol, en forma de vino, ante todo como un alimento barato (no como una droga). Se bebe en cantidades mínimas, pero con gran frecuencia, y regularmente en las comidas. Los niños se acostumbran pronto al alcohol. La ebriedad y la agresividad bajo efectos del alcohol, así como los abstemios, son prácticamente desconocidos (véase, por ejemplo, LOLLI y cols., 1958; JESSOR y cols., 1970). En general se habla de una baja incidencia de alcoholismo en los italianos.

El estilo de beber italiano contrasta con el finlandés (como también con el sueco y el noruego). Según una investigación de BRUUN (1967), una gran parte de la población es abstemia. Aquéllos que beben, lo hacen pocas veces (en general, el fin de semana), pero entonces en grandes cantidades. El 43% de los hombres finlandeses beben como promedio más de 7'5 cm³ de alcohol absoluto por ocasión, y aproximadamente el 17%, al menos 15cm³ de alcohol absoluto por ocasión (lo que equivale a media botella de vodka). Aquí, el principal problema relacionado con el alcohol es la embriaguez, unida, de forma característica, con un comportamiento fuertemente agresivo, lo que se explica históricamente.

Permanecen incuestionables estos estilos de consumo, pero es discutible la afirmación acerca de su relación

con la incidencia del alcoholismo, considerándose más bien como variantes condicionadas históricamente. Así, es posible que se atribuya a los italianos un consumo de alcohol nada problemático y una incidencia tan mínima de alcoholismo, porque ellos mismos tienden a no problematizar el tema, con lo cual sólo se producen, o se conocen, los problemas relacionados con el alcohol en dimensiones mínimas. ¿Cómo, por ejemplo, puede alguien sufrir síntomas de privación, si nunca deja de beber? ¿Cómo puede alguien sentirse culpable por beber alcohol, si a su alrededor se acepta generalmente su comportamiento? De LINT y SCHMIDT (1971), representantes del modelo de distribución y consumo, demuestran que Italia y Francia (donde se bebe en cualquier ocasión), encabezan la lista de países no sólo de mayor consumo por cabeza, sino también de mayor cantidad de bebedores excesivos entre la población (calculado según LEDERMANN), y de fallecimientos por cirrosis hepática (véase el cuadro 2). Finlandia ocupa siempre en estas listas uno de los últimos puestos. Los autores concluyen que es el nivel de alcohol ingerido, y no el estilo de consumo, lo que determina la incidencia de alcoholismo. Habría que agregar, eso sí, que esta afirmación tan sólo es válida si se acepta el concepto de "alcoholismo" como "consumo excesivo y cirrosis hepática", con lo cual se debe tomar en cuenta que el mismo consumo excesivo ya depende de muchos otros factores. En esta conceptualización se soslayan claramente los problemas psíquicos y sociales. De LINT y SCHMIDT (1971) destacan, seguramente con razón, que algunos hábitos de consumo implican una ingestión mayor de alcohol, como por ejemplo, la costumbre española y francesa de beber también fuera de las horas de comer, durante todo el día. Se puede llegar a una mistificación del tema si se le atribuye un poder especial a los usos y costumbres como tales. Se po-

drían explicar los estereotipos que se observan en estas investigaciones acerca de los datos de consumo por cabeza y cirrosis hepática, diciendo que las naciones han adquirido un renombre de bebedores excesivos o de tener un gran número de alcohólicos, porque muestran una conducta llamativa bajo efectos del alcohol, o porque ellas mismas problematizan su consumo de alcohol. Para el primer caso, valen como ejemplo los finlandeses o irlandeses (los irlandeses tienen un consumo por cabeza comparativamente bajo y una incidencia también baja de cirrosis hepática). En estos países, el consumo se realiza entre gritos y risas y llamando la atención del público. Para el segundo caso, en el cual se problematiza el consumo, se pueden citar los países con antecedentes de prohibición (EE.UU., países escandinavos), en los cuales también hoy en día una gran parte de la población es abstemia o contraria al alcohol.

Es posible que la misma realización de investigaciones científicas acerca de la conducta alcohólica sea también un producto o parte de la problematización del consumo de alcohol de un país. De acuerdo con una primera impresión, el monto de dinero empleado en estudios de este tipo parece ser directamente proporcional al volumen de alcohol ingerido. Así, por ejemplo, Estados Unidos y Finlandia tienen un volumen muy elevado de investigación en este campo, mientras que los países productores de vino, como Francia, Italia, España y Portugal, sólo han realizado hasta el momento algunos trabajos de investigación en el tema.

Dentro de las investigaciones socioculturales, deben contarse también las encuestas públicas acerca de hábitos de consumo en la población. Estas se limitan en general a la mera descripción del estilo de consumo de la población de un país, o de grupos seleccionados dentro de

una población, pero no estudian las relaciones con los problemas cercanos. Sirva como ejemplo la investigación pionera de WIESER (1968, 1970) acerca de la conducta del consumo alcohólico de los alemanes. Tales descripciones dan la impresión de asemejar las antiguas descripciones de usos y costumbres de tribus primitivas. Estos estudios adquirirían interés por lo esotérico de tales costumbres. Pero cabe preguntarse si hoy en día las meras descripciones de estilos de consumo tienen un interés especial. En principio no se le pusieron a este campo de investigaciones ningún tipo de límites cuantitativos. Las posibles variaciones del dónde, qué, cuándo y con quién son poco más o menos inagotables, como también las variantes en cuanto a la distribución de distintas muestras de individuos, en los que se podían investigar estos puntos de vista ("¿La mujer inglesa bebe más a menudo con la amiga que la alemana?; "¿Prefieren los funcionarios cerveza rubia o negra?"). Sin embargo, según nuestro parecer, éstos son datos que quizás puedan servir a la industria del alcohol, o para la publicidad, pero que son irrelevantes para la investigación científica. Para los interesados en el tema, recomendamos los artículos de GRIFFITH y cols. (1973), HARFORD (1975), ARGERIOU (1975), HORNICK y MILES (1975), WALLER y LORCH (1977), ENGS (1977), DOBKIN y FELDMAN (1977) y BILLINGS y cols. (1978).

La segunda fuente de información, las descripciones clínicas del alcoholismo, ofrecen habitualmente escalas evolutivas para las fases individuales de consumo, basadas generalmente en JELLINEK (1952, 1960). Contienen, entre otros datos, también las conductas inadecuadas o llamativas que aparecen en el transcurso de las distintas fases, y que pueden considerarse como parte del proceso patológico (por ejemplo, beber a escondidas, beber solo, beber de un sorbo los primeros vasos, etc.). Aunque es-

tas conductas se han podido demostrar clínicamente en pacientes alcohólicos (generalmente norteamericanos), faltan aún investigaciones en grupos de control de personas normales. Sólo entonces se podría afirmar tajantemente de que son conductas específicas de las personas alcohólicas.

También existen algunos estudios clínicos en base a entrevistas, en las cuales se comparan distintos estilos de consumo, sin llegar a conclusiones claras acerca de su correlación con el alcoholismo (STRAUS, 1973; FELDMAN y cols. (1971), y SOBELL y cols. (1972), detectaron determinados modos de consumo, en virtud de los cuales podrían diferenciarse según estos autores, los alcohólicos diagnosticados de los otros sujetos estudiados. Así, consideran que los alcohólicos:

- Beben siempre más de 12 vasos en un intervalo de 4 horas;
- piden comúnmente bebidas alcohólicas puras, no combinados;
- beben significativamente más de prisa, algunas veces hasta tres veces más de prisa que un bebedor normal;
- beben a sorbos más lentos, pero en cada sorbo ingieren una cantidad mayor que la del bebedor normal.

NATHAN y O'BRIEN confirmaron estas observaciones (1971), agregando, según ellos, que los alcohólicos también:

- Renuncian a las comodidades del consumo social más refinado (tales como hielo, vasos limpios, servilletas, etc.);
- mantienen la concentración alcanzada de alcohol en la sangre por más tiempo y vuelven a menudo a ella;
- beben estando sucios y/o no completamente vestidos;
- llenan los vasos con una dosis doble de alcohol;
- permanecen tranquilos mientras beben;

- no desean dejar de beber, mientras haya alcohol disponible.

Sin embargo, este tipo de investigaciones realmente es tá en sus comienzos y se ha realizado aún con muy pocos sujetos, por lo que los resultados no deberían generalizarse. Tampoco poseen aún un marco teórico de referencia.

Por supuesto que también se incluyen dentro de las si tuaciones relacionadas con el consumo las reacciones del ambiente social del bebedor. Estas pueden reforzar positiva o negativamente el acto de beber alcohol mismo, el comportamiento bajo efectos del alcohol, una forma deter minada de beber, o la conducta abstinencia.

Aportaciones más socio-psicológicas e interaccionistas intentan basar el consumo alcohólico, no tanto en su efecto euforizante, como en el modo de interacción social y de comportamiento que se da bajo efectos del alcohol, y que en la vida normal no se puede realizar (WEINER y cols., 1971; STEINGLASS y cols., 1971). Estos autores investigaron el modelo de interacción en parejas de alcohólicos crónicos antes, durante y después de un período de 14 días de intoxicación inducida experimentalmente. En tres de las parejas, pudieron observar un sistema de interacción en base a reglas prefijadas y una distribución exacta de los roles, para lo cual era indis pensable la ingestión de alcohol. Se turnaban en representar, uno de ellos el papel de alcohólico, inútil e irresponsable, mientras el otro adoptaba el papel de pro tector, superior y prudente. Aunque los estilos de inter acción en las parejas investigadas eran diferentes, en cada una se pudo establecer un sistema de consumo de acuerdo con las reglas prefijadas.

Se llega a resultados similares en investigaciones acerca de matrimonios de alcohólicos (en general, son com binaciones, hombre alcohólico/mujer no alcohólica). Por

ejemplo, DESHAIES (1965), comprobó que en tales matrimonios el consumo alcohólico puede ser una parte del vínculo estable de la pareja. Habitualmente, la mujer se siente ambivalente frente a la conducta alcohólica del marido, presionando primero para que se interne de inmediato en una clínica, para luego exigir rápidamente su alta de la misma. Resulta difícil establecer si el comportamiento ebrio del marido es un mero efecto directo del alcohol o si existe porque es necesario para ambos miembros de la pareja.

A través de cuestionarios, JAMES y GOLDMAN (1972) detectaron diferentes tipos de reacciones de esposas de alcohólicos ante las siguientes conductas relacionadas con el consumo alcohólico del marido: (a) consumo en situaciones sociales; (b) consumo excesivo; (c) conducta "típica" del alcohólico; (d) abstinencia de alcohol. Los distintos tipos de reacción, se dividieron en: Retraimiento, preocupación y ayuda, agresión, vigilancia de los intereses familiares y catarsis. La reacción más común de las esposas fue de retraimiento, aun cuando el marido esta abstemio o bebía en una situación social. Las mujeres, cuyos esposos actuaban en forma agresiva y violenta, reaccionaban más a menudo con agresividad y retraimiento. El método más eficaz para lograr la abstinencia a corto plazo del marido fue la amenaza, por parte de la mujer, de abandonarlo. Desde este punto de vista, el alcoholismo se convierte en un sistema complejo de interacción social, en el cual el alcohol sirve más bien de intermediario para la adopción de determinados roles (véase también MITCHELL y cols., 1979; WEIL, 1979; WHITFIELD, 1980).

También en situaciones "normales" de consumo se encuentran refuerzos sociales positivos, tales como: Invitar a unas copas, incitar a beber, brindar, admiración por la cantidad que se puede soportar, formación de pe-

ñas, competencias para ver quién bebe más, etc. Sin embargo, también en estos aspectos faltan aún estudios específicos.

3.2.2. Normas y actitudes frente al consumo.

Muchos autores han resaltado la importancia de la correlación entre actitudes y datos de prevalencia; sin embargo, la relación entre ambas apenas se estudió sistemáticamente, y no se sabe casi nada acerca del grado de correlación. En general, se dan por sabidas las distintas actitudes y normas, sin evaluarlas sistemáticamente. Se refieren generalmente a los diferentes niveles de consumo, a los bebedores excesivos y los distintos problemas relacionados con el alcohol, a los hábitos y sistemas de control diferentes para cada país y subcultura, pero apenas existen datos para apoyar tales suposiciones. También se describen o se miden actitudes y normas frente al alcohol sin ponerlas en relación directa con consumo o con los problemas posiblemente relacionados con él. (Véase como ilustración de tales investigaciones GLOBETTI, 1967; SARGENT, 1967; DAHL, 1967; PRESTON, 1968; DEMOGÉOT y cols., 1969; VALSESCHINI, 1969; GLOBETTI y POMEROY, 1970; PARFREY, 1974; O'CONNOR, 1977; KILTY, 1978). Tampoco existen investigaciones comparativas directas de las actitudes en los distintos países.

Sin embargo, se encuentran bastantes investigaciones acerca de la prevalencia del consumo alcohólico y de los problemas que conlleva en subculturas más bien abstemias. Se confirma a menudo que la actitud hacia la bebida alcohólica es más negativa en tales grupos que en la población que bebe habitualmente. Generalmente, los abstemios tienen una actitud más negativa hacia la bebida que los bebedores (CAHALAN y cols., 1969; HARRISON y cols., 1968;

GOODWIN y cols., 1969; HARRISON, 1970; KNUPFER y ROOM, 1967). Pero estos son naturalmente resultados banales. Según la encuesta de HANSON y SAARMAN (1970), entre estudiantes suecos, tanto los abstemios como los que abusan del alcohol tienen menos información exacta y actitudes menos tolerantes frente al alcohol, que los que beben con mesura. También parece demostrado que las personas que proceden de grupos abstemios (a través de la actitud y/o comportamiento de los padres, adscripción a una religión anti-alcohólica, etc.) beben menos en general, pero que cuando beben, es especialmente elevado el porcentaje de bebedores excesivos, bebedores con problemas o alcohólicos (MIZRUCHI y PERUCCI, 1962; DEMONE, 1966; GLOBETTI, 1967; GLOBETTI y WINDHAM, 1967; LARSEN y ABULABAN, 1968; ABULABAN y LARSEN, 1968; PRESTON, 1969; GOODWIN y cols., 1969). A causa de estos datos la iglesia metodista norte americana anuló su prohibición de beber alcohol y apoya ahora el consumo moderado, señalando que la exigencia de abstinencia de alcohol induce al consumo excesivo (MOORE, 1969). Sin embargo, el riesgo de caer en un consumo excesivo dentro de culturas abstemias sólo vale, según LARSEN y ABULABAN (1968) en los sujetos que se apartan de las normas establecidas por la religión a la que están adscritos. Cuando se discrepa de normas que provienen de amigos, familiares o colegas de trabajo, el consumo excesivo se da más bien en grupos con normas prescriptivas. De hecho el número máximo de bebedores excesivos, según LARSEN y ABULABAN, se detectó en personas provenientes de ambientes sin normas definidas. Es probable que las normas de abstinencia o prescriptivas de alcohol, no representen un peligro en sí, sino que éste surja en la confrontación con otras normas. Pero no queda claro aún si la existencia de normas contradictorias, poco claras o escasas, promueve al consumo excesivo por la falta de orienta

ción y por las sanciones contradictorias, como postulan DEMORE (1966), HARRISON (1970) y BRITT y CAMPBELL (1977), o si provoca un traslado hacia un grupo de referencia con normas positivas (SHAW y CAMPBELL, 1962). RICHARDSON (1964), observó una falta de acuerdo en las actitudes de estudiantes universitarios y sus padres frente al tema. Acerca del papel que juegan los grupos de referencia se encuentran generalmente investigaciones en adolescentes. PEEK (1971) y PRENDERGAST y SCHAEFFER (1974), en sus investigaciones con estudiantes universitarios, llegan a la conclusión que prácticamente no se puede deducir nada acerca de la intensidad de las sanciones en base al grado de consenso frente a las normas. MADDOX (1968), quien también trabajó con estudiantes, observó que los abstemios socialmente activos, cuyos amigos bebían, empezaban a beber. Por otra parte, los bebedores sociales, cuyo consumo alcohólico no fue apoyado por sus amigos, se hicieron abstemios en el curso del año académico. COCKERHAM (1975), así como HANSON, en sus numerosas publicaciones (1973a, 1973b, 1974, 1977), también se ocupan de las relaciones entre el consumo en adolescentes y las actitudes de sus padres y de su grupo de iguales, demostrando una clara reducción de la influencia de los primeros en favor de los segundos.

La encuesta de ALEXANDER y CAMPBELL (1967), entre estudiantes de BUP, demostró que la frecuencia de consumo correlaciona directamente con la cantidad de apoyo social que reciben los jóvenes por parte de sus amigos. Un 60% de los jóvenes abstemios informaron acerca de presiones sociales para consumir alcohol, y el monto de estas presiones correlaciona directamente con la cantidad de amigos bebedores. Sin embargo, ninguna de estas investigaciones se centra en torno al consumo problemático de alcohol, sino que estudia el hecho de beber en sí.

El tema del trabajo de BAHR (1967), que investigó la socialización en un grupo de bebedores desadaptados (que viven en la barrio de los marginados de Nueva York "Skid Row"), es diferente. Este autor comprobó en una muestra de 92 hombres elegida al azar, que la identificación con el barrio variaba en forma inversamente proporcional a la cantidad de interacción con personas "normales" y que la interacción con los hombres del barrio variaba en forma directamente proporcional a la conformidad con las normas de consumo alcohólico de "Skid-Row".

De los estudios revisados tampoco queda claro si a los diferentes prototipos de consumo y de problemas, que existen en los distintos grupos sociales, corresponden también actitudes diferentes. CAHALAN y cols. (1969), también hicieron unas pocas preguntas acerca de actitudes en su encuesta representativa. De acuerdo con la pertenencia a una clase social determinada, se pueden resumir las respuestas a tales preguntas de la siguiente manera: Tal como se dijo anteriormente, las clases sociales bajas mostraron un número reducido de consumidores de alcohol, pero a la vez, una proporción relativamente más elevada de bebedores excesivos. La actitud frente al alcohol en la clase baja fue generalmente negativa, es decir, parecían ver más riesgos en el consumo. Un porcentaje mínimo declaró que echaría de menos el alcohol si tuviera que dejarlo. Un porcentaje más elevado de este grupo social estuvo de acuerdo con la afirmación de que "la bebida hace más mal que bien". Entre los efectos negativos del consumo, los sujetos pertenecientes a las clases sociales más bajas resaltaron sobre todo la agresividad y disputas violentas que produce, mientras que las personas con un nivel socioeconómico más elevado mencionan con mayor frecuencia los problemas de salud. Más sujetos de clase socioeconómica baja declararon que una persona cer

cana a ellos la había intentado alejar de la bebida durante el último año.

Sin embargo, no se puede deducir de estos resultados la proporción de estas diferencias de actitud que se origina simplemente por el mayor número de abstemios existentes en las clases sociales inferiores, como tampoco se puede saber si el volumen y frecuencia de consumo correlacionan con la actitud frente al alcohol. De la misma forma debería matizarse el resultado obtenido con respecto a diferencias de actitud según el sexo: Un mayor porcentaje de mujeres estuvo de acuerdo con que la bebida trae más problemas que ventajas y con que el alcoholismo representa un problema serio.

WANBERG y KANPP (1970), que encuestaron a 1657 varones y 365 mujeres alcohólicas en base a un cuestionario, observaron que las mujeres tendían a opinar que su alcoholismo iba en aumento. Posiblemente, las mujeres se sentían más culpables que los hombres por su alcoholismo, puesto que dentro de su rol social está más mal visto el consumo excesivo de alcohol (Ver también, a este respecto, WELSH, 1975; COHEN, 1976; LEE, 1978).

Según una investigación australiana (ENCEL y KOTOWICZ, 1960; ENCEL y cols., 1971) el volumen de consumo de los distintos grupos sociales covaría muy poco con la permisividad diferencial frente al alcohol, pareciendo existir más bien normas diferenciadas de acuerdo con roles y situaciones específicas, que se distribuyen en forma bastante unitaria en todos los grupos sociales. ENCEL y cols. mostraron a los 823 sujetos participantes en la investigación, cinco imágenes sobre las que debían emitir un juicio:

- 1) trabajadores que beben en un Bar después del trabajo;
- 2) un joven de 18 años al que se le está animando a beber, en un Bar;

- 3) jóvenes de 18-19 años, que beben en una fiesta;
- 4) un marido que una vez por semana llega a casa tarde y ebrio;
- 5) amas de casa, que después de la compra beben algo, reunidas en su hogar.

Aunque se observaron diferencias en cuanto a la permisividad con que los diferentes grupos toleraban el consumo de alcohol en estas situaciones, estas diferencias apenas coincidieron con el volumen de ingestión de alcohol dentro de los mismos grupos. Así, las divergencias de actitud frente a actitudes sexuales fueron relativamente pequeñas en comparación con las grandes diferencias en cuanto al volumen de consumo de alcohol. Aproximadamente el 70% de los hombres, y sólo el 30% de las mujeres entraron en la clasificación de "bebedores frecuentes y de consumo elevado", sólo se vieron diferencias no significativas en cuanto a la permisividad de las mujeres (menor) en comparación con los hombres, en todas las situaciones. En otras comparaciones se encontraron correspondencias parciales entre volumen de bebida y actitud, pero también se encontraron tendencias exactamente opuestas. Al comparar las respuestas frente a las distintas imágenes, se observaron claras diferencias. Por una parte, hubo una coincidencia general en la condenación de la ebriedad del marido (72% de los hombres y el 78% de las mujeres expresaron rechazo incondicional), como también se observó un rechazo elevado frente al cuadro del joven de 18 años al que se le animaba a seguir bebiendo (60% de los hombres y 70% de las mujeres expresaron rechazo incondicional). Por el contrario, la imagen del trabajador que bebe en el Bar recibió aceptación por parte del 80% de los hombres y del 76% de las mujeres (en forma incondicional en un 54% y 42%, respectivamente). Por otra parte, la conducta de las amas de casa provocó



menos permisividad y menos acuerdo. Aunque la mayoría lo aceptó (72% de los hombres y 65% de las mujeres), en general se plantearon limitaciones, especialmente por parte de las mujeres. Según otros análisis cualitativos de las respuestas, muchos vieron en la mujer que bebe un riesgo de alcoholismo, pero no en el hombre que consume alcohol. El esposo ebrio fue considerado por muchos como irresponsable y provocó; especialmente en las mujeres, una vehemente desaprobación, pero nadie consideró que corría el riesgo de convertirse en alcohólico.

Aparte del trabajo de ENCEL y cols., tan sólo conocemos algunos trabajos poco importantes, que al menos hayan investigado las normas específicas a situaciones y roles, aunque de forma asistemática. (Véase, por ejemplo, JUPP, 1969; FORSLUND y GUSTAFSON, 1969; NOREN, 1970; Mc CARTHY, 1975; SCHUKIT y cols., 1976; SHORT y VOGEL-SPROTT, 1978). También KNUPFER y ROOM (1967) encontraron diferencias más pequeñas en el área de las actitudes que en el de la conducta observada. Estos autores estudiaron a sujetos americanos de procedencia irlandesa, a protestantes y a judíos, que según lo esperado, se diferenciaban en la cantidad y frecuencia del consumo: Menos abstemios, embriaguez poco frecuente y más bebedores moderados entre los judíos, ocupando los irlandeses el polo opuesto y los protestantes, una posición intermedia. Al preguntarles por su opinión acerca de la embriaguez, declararon el 45% de los irlandeses, el 51% de los protestantes y el 55% de los judíos, que consideraban a las personas ebrias como completamente inofensivos, mientras que 69%, 75% y 61% respectivamente, consideraban que provocaban rechazo. Sin embargo, es posible que esta gran coincidencia se base en un concepto diferente de la embriaguez: los judíos parecen hablar, ya a niveles bajos de consumo, de ebriedad. En otra investigación con una muestra seme-

jante, se produjeron algunas diferencias mayores: Una parte considerable de los judíos desaprobó la embriaguez: 65% de los judíos, 44% de los protestantes y 36% de los irlandeses; pero sólo algunos expresaron una desaprobación violenta (15%, 17%, y 17%, respectivamente).

Una posibilidad de determinar la fuerza de la presión social hacia el consumo de alcohol (aunque no sea un consumo elevado), está en la investigación acerca de las atribuciones referentes a los no-bebedores, es decir, en la investigación de los estereotipos respecto a los abstemios. WIESER (1973) determinó este estereotipo en una encuesta realizada en Alemania Federal, a través de una pregunta de respuesta abierta. La posterior categorización de las respuestas dio como resultado que, aunque un tercio de los encuestados no podía o no quería dar una respuesta precisa, los restantes dos tercios sí que tenían formado un estereotipo, pese a que sólo muy pocos habían conocido alguna vez personalmente a un abstemio. En general, las respuestas eran de tipo emocional, predominando las actitudes negativas. Se expresaron principalmente sentimientos de rechazo y menosprecio, aunque en muchos casos también surgían connotaciones de un cierto reconocimiento, simpatía y admiración. GRUNER confirma estos resultados en encuestas posteriores en Alemania Federal (1977), en un trabajo que revisa, asimismo, las publicaciones acerca del tema.

Hasta ahora se ha prestado poca atención, en la bibliografía pertinente, las organizaciones y personas públicas que influyen en forma más o menos abierta en la formación o en el cambio de normas y criterios.

Se han presentado algunos trabajos, la mayoría de ellos, crónicas históricas, acerca del trabajo que realizan las asociaciones para la moderación en el consumo de alcohol (véase, por ejemplo, WAHL, 1966; RUMBERGER, 1968;

HARRISON, 1968). Pero no encontramos ningún análisis detallado acerca de la influencia de los medios de comunicación. PFAUTZ (1962) llevó a cabo un análisis de contenido en el tema del alcohol dentro de los "bestsellers" americanos publicados entre 1900 y 1904 y entre 1946 y 1950. El alcohol, el consumo alcohólico y la embriaguez son temas frecuentes. En el período más reciente se escribe con más detalle, aumentando también la cantidad de referencias. Aunque la influencia de la publicidad sobre las actitudes frente al alcohol salta a la vista, sólo pudimos encontrar dos trabajos acerca de este tema. JOHANSON (1970) constata que los adultos no parecen sentirse afectados por la publicidad en favor de las bebidas alcohólicas, mientras que los adolescentes y abstemios parecen más susceptibles a esta forma de tentación. Por otra parte, las delegaciones de asociaciones para la moderación del consumo alcohólico en Suecia, fueron informadas por el gobierno que la represión de la publicidad para las bebidas alcohólicas, representaría una limitación inaceptable de la libertad de prensa. La única investigación empírica acerca del tema proviene también de Suecia. SUDERLING (1969) contó, durante un mes, los anuncios de bebidas alcohólicas en algunos periódicos y revistas del país, calculando luego los porcentajes para cada tipo de bebida. No reproducimos tales porcentajes, al no ser generalizables y no pasar de tener un valor casi anecdótico.

3.2.3. Motivación para el consumo alcohólico.

Al hablar de motivaciones para el consumo de alcohol nos referimos a las razones que dan diferentes individuos para explicar por qué beben. Aunque éstas podrían incluirse entre las actitudes y opiniones, los tratare-

mos por separado, dada su importancia. Fundamentalmente, se puede distinguir entre motivos sociales y motivos personales. A éstos se puede añadir el sabor del alcohol, razones de salud y otros no clasificables en un grupo especial. A la vez hay que resaltar que esto no significa de ninguna manera que el alcohol cumpla con el objetivo indicado por la persona.

Estas variables motivacionales se estudiaron frecuentemente en las muestras populares norteamericanas. MULFORD y MILLER (1960b, 1960c) realizaron la primera investigación sistemática de este tipo con una escala: "Definitions of Alcohol" ("Definiciones del alcohol"). Encuestaron una muestra representativa de la población adulta de Iowa, eliminando de la muestra un 5% de alcohólicos mediante una escala de "Preocupación a causa del alcohol". Los autores llegaron a la conclusión que la cantidad de alcohólicos existente en un segmento social determinado, corresponde a la valoración que, por sus efectos, recibe el elevado nivel de consumo alcohólico dentro de este segmento social. Por lo demás, de acuerdo con los resultados de esta investigación parecería que, cuando se indican motivos personales para beber, éstos se acompañan con motivos sociales. Las afirmaciones acerca de motivos personales para el consumo correlacionan tanto con el volumen de alcohol ingerido, como con la intensidad de la preocupación que causa el alcohol.

A resultados similares llegaron KNUPFER y cols. (1963), CARMAN (1968,1971) y GRUNER (1977). EDWARDS y cols. (1972) interrogaron a personas que vivían en suburbios de Londres acerca de sus motivos para beber, realizando luego un análisis factorial. Identificaron un factor, que denominaron "ataraxic motivation", el cual corresponde al consumo en búsqueda de alivio. Este factor mostró una correlación significativa con problemas relacionados con el alcohol. El 52% de las personas identificadas como bebedores con pro-

blemas obtuvo una puntuación superior a .20 en este factor, mientras que sólo un 6% de la población restante alcanzó este puntaje. Esta motivación personal para ingerir alcohol también aparece con máxima frecuencia en alcohólicos que vuelven a beber tras el tratamiento (25% = tensión psicológica; 13% = problemas familiares), de acuerdo con las encuestas realizadas en EE.UU. por LUDWIG (1972). Entre las motivaciones personales de tipo emocional se citan con frecuencia: Estados de tensión, ansiedad o miedo (SIASSI y SPIRO, 1973; KUCEK, 1978; BACON, 1979); sentimientos de soledad (NERVIANO y GROSS, 1976; ALONSO-FERNANDEZ, 1976); estados de depresión (GIBSON y BECKER, 1973; FINE, 1979; GORENSTEIN, 1980); sentimientos de impotencia (DONOVAN y cols., 1979) y ansiedad social, la cual impulsaría a beber para implementar la eficacia en el trato con los demás (ROSS, 1972; BROWN, 1977; WISEMAN, 1981). Los factores cognitivos - tales como expectativas de cambio en el autocontrol, concepto de sí mismo, o en la actitud frente a situaciones de tensión - también parecen influir en el consumo (MULES y cols. 1977; MAISTO y cols., 1977; MOOS y cols., 1977; RYCHTERIK y WOLLERSHEIM, 1978; BOLON y BARLING, 1978), pero en esta investigación se realizó con una muestra reducida de 293 mujeres alcohólicas admitidas en un centro asistencial de EE.UU. Por otra parte, un estudio más completo, en base a las investigaciones realizadas en la última década, cita los factores de estigmatización y sentimientos de culpa, así como problemas personales, como los principales responsables de las recaídas en mujeres alcohólicas (JOHN SON y GARZON, 1978).

Por su parte, CAHALAN y cols. (1969), utilizaron una escala de 11 ítems en una encuesta norteamericana. Estos autores denominan los motivos de consumo personales "motivaciones de evasión". En conjunto, la muestra norteamericana consideró más importantes los motivos sociales,

que las motivaciones para la evasión. Pero también en este caso surgen correlaciones significativas entre volumen de consumo y confesión de motivos personales. No se observaron diferencias esenciales entre hombres y mujeres: 32% de los hombres y 26% de las mujeres afirmaron tener motivos de evadirse. Aunque menos mujeres bebían grandes cantidades, aquéllas que sí lo hacían, confesaron con mayor frecuencia tales motivos personales. 64% de las mujeres y 48% de los hombres que consumían mucho alcohol, fueron considerados como bebedores por evasión. Estos datos coinciden con los resultados de CISIN(1963). CAHALAN y cols. opinan que en estos casos está presente una mezcla de las siguientes variables:

- (1) La mujer que bebe mucho tiene con mayor frecuencia problemas especiales, tensiones interiores o características de personalidad, que la obligan a romper los convencionalismos con su consumo excesivo;
- (2) Este tipo de mujer en general también es menos conformista, dando, por lo mismo, menos razones socialmente aceptadas para su conducta; y, por último,
- (3) Tiene problemas justamente por su forma de beber.

No se encontró ninguna diferencia en la frecuencia con que se daba la evasión como motivo para beber alcohol en las distintas clases sociales. Tampoco se encontraron diferencias entre los distintos grupos de edad. Al dividir la muestra de acuerdo con los diferentes subgrupos religiosos, los judíos aparecieron con el menor porcentaje de motivos de evasión, mientras que los protestantes y personas sin vinculación especial religiosa, mostraron el porcentaje más elevado. En general, las personas más desvinculadas de la sociedad mostraron más motivaciones para la evasión. Se confirmó la hipótesis de "cross-pressure" (contra-presión) de KNPPER y cols.(1963), y los resultados del estudio de BERKELEY, según los cua-

les, las personas con un elevado consumo y motivos personales para la ingestión de alcohol provenían sobre todo de grupos con sanciones fuertes contra el consumo excesivo, como, por ejemplo, mujeres pertenecientes a religiones protestantes conservadoras, cuyas enseñanzas rechazan el alcohol. Sin embargo no se confirmó la hipótesis para el caso de aquellas personas que en el año anterior habían sido objeto de sanciones o reprimendas por parte de sus personas allegadas, a causa de su consumo alcohólico.

También en Canadá ABULABAN y LARSEN (1968) detectaron una relación entre volumen de consumo y motivos personales para beber alcohol. Pudieron también respaldar su teoría, según la cual son ante todo las personas pertenecientes a una sociedad con normas no-prescriptivas (normas permisivas, que dejan la decisión al individuo mismo), las que dan motivos personales para ingerir alcohol, mientras que aquéllas que provienen de un grupo social con normas prescriptivas, citan motivaciones sociales. Las personas de ambientes con normas proscriptivas (Abstinencia) no dan ningún motivo o, al menos, no dan motivos consistentes. Sin embargo, este autor también considera que la discrepancia con las normas de abstinencia lleva a motivos personales para beber alcohol.

JESSOR y cols. (1970) han investigado las diferentes motivaciones hacia el consumo en un estudio transcultural. Como se sabe por otros trabajos no sistemáticos (sobre todo LOLLI y cols. 1952, 1953, 1953), en Italia no existe primordialmente una motivación personal, es decir, los italianos no consideran que el alcohol contribuya al alivio rápido de las dificultades personales. Lo incluyen más bien entre los alimentos que entre las drogas. Por otra parte, en EE.UU. por lo menos una parte de la población tiene una motivación personal para beber alcohol. JESSOR y cols. interrogaron a jóvenes varones de

Boston (79), Roma (94) y Palermo (108), con diversos cuestionarios de personalidad y consumo, planteando la hipótesis de que las motivaciones culturales actuarían como variables moduladoras entre características de personalidad y consumo de alcohol, o, dicho en forma más de tallada, que:

- Expectativas más bajas en la consecución de metas alta mente valoradas (frustración);
- mayor alienación en los valores, y una
- menor posibilidad de control interno (impotencia o incapacidad),

conlleven, de acuerdo con su hipótesis: Mayor consumo de alcohol (en criterios de cantidad y frecuencia) y una mayor frecuencia de períodos de embriaguez, pero sólo en la muestra norteamericana, y no en las muestras italianas, y precisamente a causa de las motivaciones diferenciales respecto al alcohol. Los resultados de esta investigación muy bien controlada corroboraron la hipótesis. Y esto, pese a que las muestras de sujetos italianos obtuvieron puntuaciones incluso más altas, en relación con frustración, alienación e impotencia, que los norteamericanos. Sin embargo, no se encontró en ellos ninguna, o más bien una relación inversa no significativa entre variables de personalidad y consumo.

En Francia, un país con una elevada incidencia de alcoholismo, parece predominar la siguiente opinión: Se considera que el alcohol posee un poder fortificante, y que es necesario para el mantenimiento cuando se realiza un esfuerzo físico prolongado (ANDERSON, 1968; FRÉDUR y cols., 1969). Aunque desde 1948 esta opinión ha ido perdiendo adeptos, según una encuesta (N=100) en Bordeaux, 1967, aún el 59% de los encuestados (1948: 79%), creían en el poder fortificante del alcohol, y el 55% (1948: 79%) pensaban que el vino era absolutamente necesario para personas que realizaban labores manuales pesadas. Sin

embargo, el 79% opinó que un deportista abstemio podía ser tan bueno o incluso mejor que uno que bebiera vino (FREDUR y cols., 1959).

SARGENT (1971), verificó la teoría de BALES en Australia, con estudiantes chinos, judíos, australianos, y con un grupo de estudiantes en Japón. Inicialmente verificaron si estos grupos étnicos representaban las diferentes motivaciones hacia el alcohol, sugeridas por BALES, calificando a los estudiantes australianos de utilitarios; a los judíos, de espiritualistas; a los chinos, de semi-abstemios; y a los japoneses de bebedores sociales (véase HIRAYAMA y cols., 1970). Los resultados corroboraron los supuestos, salvo en el caso de los judíos, que citaron con igual frecuencia motivos personales y utilitaristas para el beber. Tal como se predijo, el porcentaje de sujetos con un consumo elevado varió de acuerdo con las motivaciones, en el siguiente orden descendente: Bebían más los australianos, luego los japoneses, y finalmente, los chinos. Estos datos coincidían también respecto a los bebedores con problemas. También en este caso, los valores obtenidos por la muestra judía resultaron mayores a los esperados, y en las mujeres judías incluso fueron más altos que en las australianas. Pero además, los judíos tenían también la proporción más elevada en cuanto al consumo de drogas. SARGENT asume que los judíos sufrieron un proceso de aculturación. Según los análisis cualitativos de reacciones frente a imágenes de escenas y situaciones relacionadas con el alcohol (ENCEL y KOTOWICZ, 1970; ENCEL y cols., 1971), en Australia parece predominar una motivación utilitaria para el consumo, pero, a la vez, parece haber una "doble moral" respecto al tema. Aunque ambos sexos opinan que la función primordial del alcohol es la de aliviar tensiones, malestar, etc., ambos sexos coinciden en admitir este uso sólo para el hombre. Consideran que el hombre se ganó esta gratifica-

ción, mientras que el consumo en la mujer se considera que conlleva un grave riesgo de alcoholismo.

La encuesta realizada por MAKALA (1970, 1971), a 1823 finlandeses, mostró un predominio de motivaciones utilitarias en los niveles socioeconómicos más bajos (alcohol como medicina contra la tensión psicológica y corporal), mientras que la clase media justificaba su consumo más bien por normas sociales y rituales. Al mismo tiempo, las clases sociales no se diferenciaron en cuanto al volumen de consumo (frecuencia/cantidad), ni en cuanto a la incidencia del alcoholismo. Sin embargo, los sujetos pertenecientes a las clases sociales bajas presentaron un mayor número de problemas relacionados con el alcohol y más arreos por embriaguez.

Por último, parecería que las motivaciones sociales para beber también dependerían del grupo en el cual está inmerso el individuo, existiendo grupos de mayor riesgo, como por ejemplo, el de los sujetos que trabajan en la fabricación de bebidas alcohólicas (PLANT, 1978; TOMASZEWSKI y cols., 1980), o de los adolescentes que se unen a iguales que consumen alcohol (PARFREY, 1974; PENN, 1974; OTTENBERG, 1975; HANSON, 1975; DONOVAN y JESSOR, 1978; SCHILLING y CARMAN, 1978).

Resumiendo, quizás en forma más completa que los autores citados anteriormente, las motivaciones o factores que llevan a un mayor consumo de alcohol y drogas en los últimos años, SANTO-DOMINGO, en su ponencia presentada en el "I Simposio sobre la Droga" (Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, 1981), consideró que actúan factores ecológicos, demográficos, económicos, tecnológicos y políticos, de modo que hacen imprescindible un modelo integrativo del problema.

3.2.4. Actitudes frente a los alcohólicos.

Los estudios empíricos relacionados con el modelo de "etiquetación" ("labeling"), muestran por el momento sólo datos acerca de la existencia de actitudes y estereotipos, generalmente negativos. Por una parte, en la opinión pública y por otra, en personas que tienen que ver profesionalmente con alcohólicos. Sólo se pueden deducir indirectamente los efectos de estos estereotipos y actitudes en la formación y desarrollo de problemas relacionados con el alcoholismo.

Una serie de encuestas de opinión pública realizadas en EE.UU., mostró que los alcohólicos gozan de una mayor aceptación como personas que sufren una enfermedad (MULFORD y MILLER, 1964; HABERMAN y SHEINBERG, 1969; VERDEN y cols., 1969; MUELLER y FERNEAU, 1971), aunque algunos de estos autores dudan de la profundidad de tal opinión (JELLINEK, 1960; MULFORD y MULLER, 1961). MULFORD y MILLER (1964) señalaron que la aceptación del concepto de enfermedad no significa necesariamente la renuncia al concepto moralista y rechazante. Aunque un 65% de su muestra representativa de 1213 sujetos adultos, extraída en Iowa, define los alcohólicos como enfermos, un 31% designa a los alcohólicos como a la vez débiles de voluntad y enfermos y únicamente un 24% acepta sólo el concepto de enfermedad. De los resultados obtenidos por HABERMAN y SHEINBERG (1969), en New York, se deduce que la aceptación del concepto de enfermedad para el alcoholismo no significa de ninguna manera que también se considere el consumo excesivo en una situación social como una enfermedad. LINSKY (1970), en una encuesta a 305 personas en Vancouver, exploró las opiniones acerca de la etiología del alcoholismo: Un 16% defendió un concepto sociológico; un 8'5%, un concepto moralista; aproximadamente un 56% defendió distintos conceptos psicológicos, y un 19% opi-

nó que el alcohol mismo y los hábitos de bebida son los causantes. Sin embargo, tal como pudieron comprobar GOLDENBERG y cols. (1968), en muestras de la población argentina, las actitudes frente al concepto abstracto de alcoholismo son mucho más comprensivas, que las actitudes reales frente a los alcohólicos (7 a 20% de la muestra consideró el alcoholismo como una enfermedad, pero 58-67% consideraron a los alcohólicos como viciosos). Esto se relaciona con el hecho de que el volumen de contacto personal con alcohólicos en general no concuerde con las actitudes frente al alcoholismo, a los alcohólicos y a su terapia (McCARTHY y FAIN, 1969; MULFORD y MILLER, 1961; GOLDENBERG y cols., 1968; LINSKY, 1970), de forma que las opiniones positivas abstractas apenas reproducen las reacciones reales, en la vida diaria, frente a los alcohólicos. Por otra parte, al menos las personas que apoyan el modelo de enfermedad para el alcoholismo, recurren con mayor frecuencia a un especialista en el caso de que surja un problema relacionado, y también se muestran más dispuestos a discutirlo con amigos (MULFORD y MILLER, 1961, 1964). Una encuesta de BLIZARD (1969, 1971) a una muestra de sujetos de Nueva Zelanda, mostró que un 40% consideraba el stress interpersonal o personal como la causa del alcoholismo, un 2% lo veía como una enfermedad hereditaria y sólo un 33% defendía un concepto moralista. Sin embargo, la mayoría rechazaba tajantemente cualquier contacto estrecho y continuo con un alcohólico, no lo querían ni como compañero de trabajo, ni como vecino. BLIZARD opina que los neozelandeses pueden admitir a los enfermos mentales y orgánicos, pero no logran admitir el rol de enfermo para los alcohólicos. También se detectaron actitudes de rechazo y exclusión del contacto social en Japón (ANDO y HASEGAWA, 1978).

Ultimamente se cuestiona si el modelo de enfermedad

para el alcoholismo conlleve una actitud más positiva que un modelo moralista. BAILEY (1968) observó que un curso de entrenamiento, en el cual se propagó el concepto de alcoholismo como enfermedad psicosomática entre asistentes sociales, hizo aumentar la actitud negativa frente a los alcohólicos. RULE y BESIER (1973) compararon el efecto del modelo de enfermedad con el efecto de un modelo en el cual se atribuía al propio alcohólico la responsabilidad para el cambio de su conducta (sin un juicio moral). Los modelos se presentaron en películas que representaban conversaciones médico-paciente. El modelo de enfermedad provocó en los observadores menos expresiones favorables y menores grados de simpatía. A su vez, el modelo conductual, basado en la propia responsabilidad, sólo provocó una simpatía mayor y expresiones más favorables cuando se utilizaba la designación "alcohólico" sin mencionar la palabra "enfermedad".

En una encuesta representativa en la población de Bremen (WIESER, 1968), se realizaron preguntas abiertas acerca del estereotipo del alcohólico, subdivididas en categorías cualitativas. De acuerdo con las respuestas, predomina un estereotipo francamente negativo, aunque el 64% de los encuestados reconocieron que no conocían personalmente a ningún alcohólico y el resto generalmente sólo tenía un conocimiento personal superficial. El alcohólico aparece en este estudio como una persona que está permanentemente, o casi todo el tiempo, ebria, o que, al menos, está siempre levemente bebida. Se considera que en ese estado provoca rechazo y que ha perdido el control de su comportamiento. A la pregunta acerca del criterio que utilizarían para calificar a alguien de "alcohólico", sólo el 22% de los encuestados contestaron refiriéndose a la adicción o dependencia del alcohol. Como consecuencias negativas del alcoholismo, se citaron principalmente las orgánicas, y sólo a gran distancia siguieron las

consecuencias sociales y psíquicas. WIESER (1973) realizó luego una encuesta con una muestra aún mayor, en toda Alemania Federal, interrogando acerca de las diferentes actitudes hacia el alcohólico. Una pregunta abierta se refería al alcohólico como un factor social perturbador. Alrededor de la mitad de los encuestados afirmó que lo que más le molestaba era la falta de fiabilidad, la irresponsabilidad y la impredecibilidad del alcohólico. Un 38% citó en primer lugar características fisiognómicas desagradables o antiestéticas (como olor corporal, mal aliento, descuido del arreglo personal, etc.), y un 10% se sintió amenazado físicamente, temiendo agresiones.

Se estudió la predisposición hacia el rechazo o hacia la aceptación social de los alcohólicos a través de una escala de Bogardus, de 6 niveles de respuesta. Sólo un dos por ciento de los encuestados no manifestaron ningún tipo de rechazo social hacia el alcohólico. Los restantes no estaban dispuestos -en una sucesión descendiente- a confiarles sus hijos (67%); casarse con ellos (48%); tener un contacto personal con ellos (47%); ocuparles como empleados (26%); aceptarlos como jefes (16%); alquilarles un piso (9%). Resumiendo, WIESER afirma que la seguridad de la familia es un motivo primordial en las reflexiones, a la hora de establecer un contacto social o mantener la distancia con los alcohólicos.

De acuerdo con todos estos datos, puede verificarse en Alemania Federal un proceso correspondiente al modelo del "labeling", al producirse la estereotipación negativa y la exclusión social del alcohólico.

Las investigaciones en otros países muestran que las actitudes frente a los alcohólicos y al alcoholismo varían de acuerdo con variables de personalidad (STRASSBURGER y STRASSBURGER, 1965) y la pertenencia a determinados grupos sociales, de modo que parecen correlacionarse un nivel más alto de formación, menor edad, no pertenencia

cia a una religión protestante y nivel mayor de contacto con los medios de comunicación, con una mayor tolerancia o una mejor aceptación del modelo de enfermedad (MULFORD y MILLER, 1961; NEGRETTE, 1970; LINSKY, 1970; GOLDENBERG y cols., 1968; MUELLER y FERNEAU, 1971; NUÑEZ y cols., 1979). LINSKY (1970, 1971) atribuye los cambios de opinión y la especificidad en los grupos, primordialmente a los medios de comunicación. Este autor realizó un análisis de contenido de una muestra al azar de artículos acerca del alcohol publicados en periódicos y revistas americanas desde el año 1900 hasta 1966. Ordenó las teorías etiológicas allí defendidas según las dimensiones "causas externas-internas", "naturalistas-moralistas", y sus combinaciones. Los resultados mostraron que, en el transcurso de los años, la discusión se planteó cada vez menos en el campo moral, aunque al mismo tiempo las causas eran atribuidas cada vez más a agentes internos. En los últimos años predominaron las explicaciones psico-biológicas, aunque a partir de 1940 pudo observarse un aumento de las razones sociológicas.

Las actitudes de las personas que tienen contacto profesional con alcohólicos, atraen un interés especial, puesto que ellos tienen, supuestamente, una gran influencia, no sólo como "directores de opiniones" en este campo, sino también como participantes clave -según el modelo de etiquetación- en el proceso mismo de "labeling". En este área de estudio se pone muy de manifiesto la dependencia entre ciencia y procesos sociales.

Se encuentran ante todo investigaciones acerca de médicos. BLANE y cols. (1963) hicieron un análisis de los informes escritos de 15 médicos de un Hospital General, intentando detectar los criterios que los inducían a dar el diagnóstico de "alcoholismo" y a transferir al enfermo a unidades especiales de tratamiento antialcohólico.

Los pacientes pertenecían a las clases sociales baja y media-baja. Según los diagnósticos de especialistas, todos eran alcohólicos. Confirmando la hipótesis de los autores, el diagnóstico de "alcohólico" se otorgaba fundamentalmente a sujetos relativamente sanos físicamente, pero que mostraban una desintegración en su conducta social. Sin embargo, aquellos sujetos que tenían predominantemente alteraciones orgánicas, pero que mantenían relativamente intacta su conducta social, no eran considerados alcohólicos. Esto significó que los pacientes que eran referidos más frecuentemente al tratamiento antialcohólico correspondían habitualmente al estereotipo del sujeto marginado. WOLF y cols. (1965), realizaron una segunda investigación con los mismos médicos, utilizando una entrevista semiestructurada para la detección de sus actitudes. De acuerdo con los resultados, más bien qualitativos, los médicos aceptaban verbalmente el concepto de enfermedad y la incidencia del alcoholismo en todos los grupos de la población, pero su conducta no ratifica esto, al no reconocer como alcohólicos a los sujetos que no concuerdan con el estereotipo de marginados pertenecientes a clases sociales inferiores. De la investigación de SCHMIDT y cols. (1968), se deduce que los psiquiatras consideran menos favorable el pronóstico para alcohólicos de clases sociales inferiores y tienden a recomendar con más frecuencia un tratamiento farmacológico, en vez de psicoterapéutico, en estos casos.

También parece existir un pesimismo general entre los médicos, en cuanto a las posibilidades de éxito terapéutico frente al alcoholismo (MOGAR y cols., 1969; KNOX, 1971; BAILEY, 1968; BOGANI, 1975). Por otra parte, parecen aceptar con gusto el ofrecimiento de transferir los enfermos a un programa de terapia especial para alcoholismo (DUNN y CLAY, 1971). Trabajos más recientes de KNOX (1969, 1979) en EE.UU. llevan a la conclusión que

allí el concepto de enfermedad está siendo sustituido por psicólogos y psiquiatras por el concepto surgido de los principios conductistas. De hecho, de 435 psiquiatras y 480 psicólogos entrevistados, la gran mayoría se declaró en contra del concepto de enfermedad, caracterizando al alcoholismo como un problema conductual, como un conjunto de síntomas o como un mecanismo de evasión. En una encuesta similar realizada por BAILEY (1968), en Nueva York, de 781 médicos internistas, psiquiatras y médicos generales, un 41% aceptaba el concepto de enfermedad, un 72% creía que el alcoholismo era un síntoma de problemas emocionales y un 21% aceptaban la formulación de que el alcoholismo era una condición resultante de la propia debilidad personal.

Por otra parte, tanto en Francia como en España anteriormente no se encontraba una focalización especial de interés en los problemas que surgen a partir de la ingestión de alcohol. Aparentemente, esto se debía a la mínima problematización y gran aceptación social del consumo de alcohol en estos países, que sólo se ha ido modificando en las últimas décadas al llamarse cada vez más la atención acerca de los problemas que conlleva el consumo (GODARD, 1970; SANTO DOMINGO, 1968, 1977; ALONSO FERNANDEZ, 1976, 1981).

BOCHNIK y cols. (1967) informan acerca de una encuesta entre 181 médicos neurólogos de Alemania Federal, en la cual se pregunta respecto al prestigio social de 21 enfermedades diferentes. Debajo del alcoholismo sólo se situaron las enfermedades mentales y venéreas. La mera embriaguez en general recibió una valoración menos desfavorable, quedando por encima de la senilidad y la epilepsia. Justamente en la evaluación de la embriaguez se produjo la máxima dispersión de los juicios, es decir, el máximo desacuerdo respecto a su jerarquización. Por

el contrario, la evaluación altamente negativa del alcoholismo crónico mostró una dispersión mínima. Según los autores, estos resultados son casi idénticos con los de una encuesta realizada entre estudiantes.

En EE.UU. también se estudiaron, en diversos grupos profesionales, las relaciones entre variables de personalidad y actitudes. De acuerdo con los datos obtenidos (MOODY, 1971; MENDELSON y cols., 1964; GRAY y cols., 1969), parece que tanto los médicos como las enfermeras son más adeptos a una reclusión del alcohólico y más detractores de una terapia activa, cuanto más autoritarios son. El dogmatismo parece estar ligado también con la defensa de medidas legales y actitudes de rechazo (TEED, 1969). ROBINSON y PODNOS (1966) observaron que, entre psiquiatras, existe una correlación entre sentimientos de frustración, enfado e insuficiencia con tales pacientes, y el recelo a tratarlos. Entre asistentes sociales, la aceptación del concepto de enfermo parece depender del valor social que se le atribuye a cada paciente en concreto. También se estudiaron las correlaciones entre actitudes de los profesionales y los habituales datos socioeconómicos (edad, nivel socioeconómico y sexo), así como las relaciones con las propias experiencias en el consumo alcohólico (CHALFANT, 1970; MOODY, 1971; SOUDROW y cols., 1972). Sin embargo, parece que la profesión influye más en la postura frente a los alcohólicos, que los simples datos demográficos (MACKEY, 1969).

CHODORKOFF (1967) también informa acerca de una correlación entre el volumen de conocimientos y actitudes tolerantes frente a los alcohólicos. WILLIAMS (1962), por el contrario, no encontró una relación significativa. MORRISON (1966) observó que el nivel de conocimientos de las enfermeras permitía predecir las expectativas de los pacientes respecto a las conductas de las mismas.

Acerca del efecto de las actitudes y reacciones sociales, especialmente sobre las personas afectadas, sólo se pueden hacer algunas suposiciones más bien vagas. RUBINGTON (1970) investigó la permanencia en sanatorios de rehabilitación, observando que los alcohólicos que habían sufrido reacciones sociales más negativas (por ejemplo, condenas en prisión) permanecían menos tiempo, en comparación con aquéllos que obtuvieron reacciones predominantemente positivas frente a su alcoholismo (por ejemplo, ayuda médica). MOGAR (1969) estudió distintos pacientes hospitalizados, encontrando una congruencia entre el equipo asistencial y los pacientes en cuanto a sus actitudes frente al alcoholismo (pesimismo y concepto de enfermedad), aunque los pacientes generalmente eran algo más pesimistas o moralistas. Por el contrario, REINEHR (1969), en un estudio con 50 pacientes alcohólicos y sus 16 terapeutas, observó que las descripciones que hicieron los terapeutas de los pacientes, en base a una lista de adjetivos, mostró a éstos en forma más bien negativa y crítica, mientras que las propias descripciones de los pacientes eran más favorables y tolerantes. En el caso específico de mujeres alcohólicas, se agrega, como se dijo anteriormente, un mayor sentimiento de culpabilidad por el consumo de alcohol (DALGREN, 1975; JOHNSON y GARZON, 1978).

3.2.5. Efecto inmediato del alcohol.

Nos limitaremos aquí a la descripción de aquellos aspectos del efecto inmediato del alcohol que las teorías antes descritas consideran como condicionantes del alcoholismo. Por lo tanto, dejaremos de lado, por ejemplo, el efecto sobre las funciones motoras o intelectuales.

3.2.5.1. Efectos percibidos subjetivamente.

Como se mencionó en la parte teórica, por mucho tiempo se aceptó el supuesto, no comprobado, que el alcohol tenía un efecto euforizante, que suavizaba a su vez los efectos de situaciones o estímulos aversivos (disminuyendo, por ejemplo, las reacciones de temor, tensión o depresión). En base a los estudios experimentales realizados en la última década, este supuesto empezó a cuestionarse. Existen pocos datos acerca de encuestas o cuestionarios referentes al tema.

CAPELL y HERMANN (1972) presentaron una visión crítica acerca de los trabajos empíricos en reducción de tensiones, incluyendo pruebas con animales. A partir de los principios de aprendizaje, los efectos reductores de tensión deberían llevar ante todo a cambios en las conductas de huida y de evitación (disminución, interrupción, extinción, o dificultades en la adquisición de estas formas de reacción). Sin embargo, los experimentos con animales realizados por CAPELL y HERMANN (1972), apenas apoyan la hipótesis de la reducción de tensión, y los resultados son en gran parte negativos o contradictorios.

Los conocidos experimentos de MASSERMANN y cols. (1945) y de CONGER (1958) acerca del efecto reductor de conflictos del alcohol en las neurosis experimentales de animales, se confirmaron ampliamente, pero no existen prácticamente investigaciones con seres humanos, aunque se habla del mismo efecto reductor dentro de diversas teorías (véase, por ejemplo, FREED, 1968).

VOGEL-SPROTT (1967 a,b) intentó investigar el paradigma de reducción de conflictos en seres humanos. En un primer experimento, se sometieron a castigo, en base a un golpe eléctrico, conductas con las cuales se podía obtener pequeñas cantidades de dinero. El consumo de alcohol (aproximadamente 0'63 g/kg) no consiguió paliar el

efecto represivo del castigo. Se realizó un segundo experimento, con intensidades mayores de golpes eléctricos y castigos más frecuentes. Bajo tales condiciones, el alcohol permitió la aparición más frecuente de las reacciones originarias, como refuerzo-placebo. Este resultado lo justifica VOGEL-SPROTT por el elevado grado de conflictividad de la segunda prueba. También se comprobaron diferencias individuales en la reducción del efecto represor del alcohol, dentro de una situación conflictiva.

Otro medio experimental para la comprobación del efecto reductor de la ansiedad o tensión, por parte del alcohol, es la introducción de situaciones stressoras (es decir, ansiógenas). FORNES y HUGHES (1961, 1965), y HUGHES y cols. (1963), eligieron una retroalimentación auditiva retrasada como factor de tensión, pidiendo a sus sujetos que resolvieran, bajo estas condiciones, así como bajo condiciones de control, diferentes tareas de cálculo. El alcohol no mejoraba la fluidez verbal bajo retroalimentación auditiva retrasada, ni las restantes capacidades del sujeto. Los autores dedujeron de estos datos que el alcohol no puede considerarse como ansiolítico tranquilizador. KORMANN y cols. (1950), por el contrario, llegaron a resultados algo más satisfactorios, aunque no completamente unívocos, al introducir como elemento ansiógeno la amenaza de golpes eléctricos. Sin tensión, el alcohol provocaba un empeoramiento del aprendizaje de sílabas sin sentido; con tensión, se observó una mejoría del rendimiento bajo alcohol, pero sólo en los niveles más altos de tensión.

A menudo se midió también el cambio producido por el alcohol en los concomitantes psicofisiológicos de la ansiedad y la tensión (conductancia dérmica basal, RPG, etc.) (CARPENTER, 1957; GREENBERG y CARPENTER, 1957; LIENERT y TRAXEL, 1959; COOPERSMITH, 1964; COOPERSMITH y

WOODROW, 1967; McGONELL y BEACH, 1968; GARFIELD y Mc BREARTY, 1970). Sin embargo, no está claro si estas reacciones expresan precisamente ansiedad y tensión o, por ejemplo, atención, ni si existe una relación no-monotónica con la ansiedad (medida en base a evaluaciones subjetivas).

Los resultados son contradictorios. Así, McGONELL y BEACH (1968) encontraron -de acuerdo con la hipótesis de reducción de ansiedad y tensión- que la ingestión de alcohol reducía la amplitud de una RPG condicionada, aunque el volumen de la RPG no-condicionada no se modificaba en los grupos que ingirieron alcohol, en comparación con grupos de control que recibían un placebo. GARFIELD (1968) observó, en contra de la hipótesis, un aumento de la conductancia dérmica basal independientemente de la dosis de alcohol ingerida. La diferencia de los valores de RPG frente a estímulos neutros y aversivos disminuyó, de acuerdo con lo esperado, tras la ingestión de alcohol, pero las diferencias no fueron significativas. La comprobación bioquímica del efecto reductor de la ansiedad que pueda poseer el alcohol, realizada por FLEEWOOD y DIETHELM (1951), no se pudo replicar por ahora en otros estudios.

Tampoco las técnicas proyectivas o autodescriptivas de estados afectivos permiten, por ahora, hacer una afirmación clara acerca del efecto reductor de ansiedad y tensión del alcohol. KALIN y cols. (1968) organizaron fiestas en las que se distribuían tanto bebidas alcohólicas como no-alcohólicas, realizando también discusiones de grupo con estudiantes universitarios. Reunieron principalmente respuestas al TAT. No se notó el efecto del alcohol en las sesiones de discusión, pero sí en las medidas de ansiedad realizadas en las fiestas. Este efecto sólo se dejó sentir a partir de la cuarta o quinta copa.

Por otra parte, WILLIAMS (1966) también organizó fiestas, en las que obtuvo un efecto contradictorio con el anterior: el nivel de ansiedad y depresión, medido en series de adjetivos, se redujo hasta la cuarta copa, para volver a aumentar hasta el nivel inicial, si se continuaba bebiendo. HOLLISTER y GILLESPIE (1970) utilizaron la "MOOD ADJECTIVE CHECK LIST" y observaron que tras el consumo de alcohol meramente aumentaba el embotamiento y disminuía la actividad. En consumidores habituales de marihuana, el consumo de alcohol produjo un cambio disfórico de estado de ánimo (JONES y STONE, 1970).

Nos hemos referido solamente a estudios realizados con personas no-alcohólicas, en las cuales no se puede demostrar el efecto general de disminución de ansiedad y tensión. Es de presumir que en estos casos, las variables cognitivas y situacionales juegan un papel más importante que el consumo alcohólico. Respecto a los alcohólicos, se supone generalmente que éstos reaccionan al alcohol en forma similar a la de las demás personas, o que, más aún, sienten con mayor intensidad sus efectos positivos. Condicionados por esta hipótesis ampliamente distribuida, los investigadores demoraron hasta el año 1964 para ponerla a prueba en alcohólicos crónicos en estado de ebriedad, mientras que anteriormente sólo se verificó en alcohólicos sobrios. Al primer trabajo pionero, de MENDELSON y cols. (1964), siguieron otros experimentos, en parte muy refinados y complejos, que llevaron a resultados sorprendentes. Todos parecen indicar que justamente los alcohólicos perciben menos los efectos positivos del alcohol sobre su estado de ánimo; que el efecto euforizante, si es que surge, sólo es de corta duración. Por el contrario, si el estado de ebriedad se prolonga, generalmente se producen estados de depresión y ansiedad (MENDELSON y cols., 1964; MUELLER, 1965; McGUIRE y cols., 1966;

MAYFIELD y ALLEN, 1967; MAYFIELD y COLEMAN, 1968; MAYFIELD, 1968; RYBACK, 1969; VANICELLI, 1970, 1972; GORENSTEIN, 1980).

MENDELSON y sus colaboradores observaron la conducta de 10 alcohólicos dentro de un paradigma de consumo alcohólico en una sección especial de un Hospital (MENDELSON, 1964; MENDELSON y cols., 1964). Durante el período experimental de 24 días, uno de los sujetos ya mostró estados depresivos profundos en los primeros días. En el curso del período de observación, la mayor parte de los sujetos presentaron depresiones, hiperagresividad y una disminución generalizada de la actividad. Todos los sujetos expresaron una fuerte ambivalencia frente a su consumo. Los mismos investigadores confirmaron estos resultados en un grupo de 14 sujetos que podían ganarse su alcohol, a través de un sistema de refuerzo aparente, durante varios días. Tanto las observaciones conductuales, como las entrevistas realizadas durante el período de línea-base (sin alcohol) y durante el período experimental, mostraron que 9 de los sujetos aumentaron su nivel de depresión y ansiedad a partir del segundo o tercer día de consumo, nivel que continuó aumentando a lo largo de todo el período experimental. Se pudo establecer una relación entre el volumen de alcohol ingerido y la intensidad de la depresión y ansiedad. A pesar de ello, los sujetos no interrumpieron voluntariamente su consumo de alcohol (McNAMEE y cols., 1968).

Mientras tanto, se ha estudiado ya con mayor detenimiento el cambio subjetivamente percibido de estado de ánimo. KEEHN (1970), realizó un estudio retrospectivo, pidiendo a 48 alcohólicos que respondieran a escalas de extraversión-introversión, haciéndoles pensar, alternativamente, que habían o que no habían consumido alcohol. Una parte de los sujetos no mostró diferencias en las escalas, otros mostraron un aumento de las puntuaciones tan

tanto en extraversión, como en neuroticismo. Otro estudio retrospectivo de BLUME y SHEPPARD (1967), pidió a alcohólicos que evaluaran su estado de ánimo, estando ebrios y sobrios, durante el período anterior al momento en el cual les surgieron problemas a causa del alcohol y durante el momento justamente anterior a su hospitalización. Los sujetos informaron acerca de alteraciones de la personalidad (falta de confianza en sí mismos, inhibición de la agresividad y sensibilidad excesiva), que en el primer período mejoraban tras el consumo de alcohol. Sin embargo, informaron que en el segundo período, el consumo alcohólico aumentaba su depresión y disminuía su actividad general. En un estudio de CUTTER (1969), los alcohólicos mostraron, en contraste con los sujetos normales, un aumento de conductas conflictivas tras la ingestión de alcohol.

No queda claro el efecto del alcohol sobre el concepto de sí mismo. En contra de su propia hipótesis, WANDER POOL (1969) observó un empeoramiento de tal concepto tras el consumo de alcohol. Por el contrario, BERG (1971) observó que los alcohólicos mejoraron el concepto de sí mismos, mientras los sujetos no-alcohólicos lo empeoraron, tras haber bebido alcohol. A resultados similares llegan CARROLL y cols. (1978).

Por su parte, SANTO DOMINGO (1977), en su estudio acerca de las modificaciones conductuales tras una intoxicación alcohólica experimental, detectó que los sujetos, a los 60 minutos de haber ingerido alcohol, aumentaban el nivel de aspiraciones y la diferencia entre el nivel aspirado y la puntuación real. También se volvía más benévolo su juicio acerca de la tarea realizada.

Habría que subrayar, por otra parte, que los alcohólicos no recuerdan, o sólo recuerdan parcialmente, el empeoramiento en su estado de ánimo durante el consumo de alcohol y que, de hecho, éste no corresponde a sus expec

tativas al empezar a beber. Los últimos intentos de explicación de esta paradoja indican que bajo los efectos del alcohol se producirían alteraciones específicas de la memoria, que imposibilitarían el recuerdo adecuado una vez que el sujeto retorna al estado sobrio. Este proceso se denomina el "fenómeno de disociación" o "aprendizaje dependiente del estado anímico" ("state-dependent learning") (MELLO, 1972; McGUIRE y cols., 1966; McNAMEE y cols., 1968; RYBACK, 1970a, 1970b, 1971; TAMERIN y MENDELSON, 1969; TAMERIN y cols., 1970, 1971; GOODWIN y cols. 1969a,b; BUHRINGER, 1980; VOLLMER y KRAEMER, 1981).

3.2.5.2. Efectos sobre conductas sociales.

1) Efecto sobre la conducta sexual:

Aunque muchos autores y casi todos los tratados de farmacología y de psicología clínica afirman que el alcohol surte efectos sobre la sexualidad y eleva la agresividad, las pruebas experimentales para esta afirmación son extremadamente pobres. La siguiente descripción se apoya básicamente en la recopilación de CARPENTER y ARMENTI (1972).

Al constatar GANTT (1952), que "Shakespeare is still the chief authority for the effect of alcohol on sexual activity", sintetizó con ello el conocimiento científico en este tema. De hecho, muchos autores hacen referencia a un diálogo de Macbeth, según el cual el alcohol aumenta el deseo sexual, pero reduce la potencia. Aunque esta opinión se refleja también en las afirmaciones de científicos y profanos, existe un vacío sorprendente de datos objetivos respecto a su veracidad (GANTT, 1952; CARPENTER y ARMENTI, 1972).

Sólo existen unos pocos trabajos que investiguen directamente el efecto del alcohol en la sexualidad: GANTT

(1940, 1952); TEITELBAUM y GANT (1958); DEWSBURY (1967) y HART (1968). Estos experimentos hicieron patentes algunas alteraciones en la actividad sexual, pero apenas pueden informarnos acerca del comportamiento sexual en seres humanos: Las experiencias se realizaron con animales y, además, exclusivamente con machos. La sexualidad humana es mucho más compleja e influida decisivamente por aprendizajes de tipo social y cultural. Por otra parte, en general las dosis de alcohol utilizadas en estos experimentos establecían una relación poco realista con el uso social del alcohol en humanos. La mayoría de los experimentos utilizó sobredosis masivas, en comparación con el consumo habitual humano.

En sujetos humanos existen algunas investigaciones indirectas acerca de la relación en cuestión. Cuatro investigaciones de este tipo utilizaron el TAT, evaluando las respuestas en cuanto a contenido sexual (CLARK, 1952; CLARK y SENSIBAR, 1955; KALIN, 1964; KALIN y cols., 1965).

CLARK (1952) realizó dos experimentos. En el primero mostró a estudiantes universitarios imágenes de mujeres atractivas desnudas y luego les presentó el TAT. El grupo control había visto antes del TAT imágenes de paisajes, arquitectura, etc. El experimento se realizó en un aula, sin consumo de alcohol. En el segundo experimento, se realizó una fiesta en la que se consumió cerveza durante aproximadamente 11 horas. A continuación, el grupo experimental observó nuevamente imágenes de mujeres desnudas y respondió luego al TAT. El grupo control respondió al TAT sin exposición a imágenes anteriores. No se da información acerca de la cantidad de alcohol consumida ni acerca de pruebas de alcoholemia, pero los resultados del experimento de CLARK son claros:

La producción de contenido sexual en el TAT fue mayor en los grupos que habían visto antes las imágenes de mujeres desnudas. Los grupos de control no se diferenciaron

según el criterio. De los grupos que habían visto las imágenes de mujeres, el grupo que consumió alcohol produjo más contenido sexual. Los tests TAT también se analizaron para detectar sentimientos de culpabilidad en relación con la sexualidad. Estos apreciaron frecuentemente en los grupos que también habían producido más respuestas de contenido sexual. Los resultados llevan a la conclusión de que el alcohol, solo, no conduce a un aumento de respuestas sexuales en el TAT, si no es precedido por una estimulación sexual específica. CLARK da una explicación muy complicada para sus resultados, con una serie de presupuestos: El alcohol conduciría a una reducción de los sentimientos de culpabilidad provocados por las imágenes del TAT, lo cual multiplicaría las manifestaciones de contenido sexual, lo cual conduciría a su vez a un aumento de los sentimientos de culpabilidad. La estimulación producida por las imágenes de mujeres desnudas en el experimento sin alcohol, motivaría, a través de los sentimientos de culpabilidad evocados por la excitación sexual, una represión de las manifestaciones sexuales, pese a que éstas fueron más frecuentes que en el grupo de control.

CARPENTER y ARMENTI (1972) ofrecen la siguiente explicación alternativa: la formalidad del aula impediría respuestas de contenido sexual, mientras que la fiesta con cerveza era menos formal, por lo que las manifestaciones de sexualidad y sentimientos de culpabilidad serían más aceptables dentro de esa situación.

CLARK y SENSIBAR (1955) verificaron los datos originales de CLARK (1952) con respecto a la relación entre temas simbólicos y temas sexuales manifiestos. Se observó que en el experimento sin alcohol, el grupo que había presenciado las imágenes de mujeres dió menos respuestas sexuales manifiestas y más respuestas sexuales simbólicas que el grupo control. En el experimento en el que se con-

sumió alcohol, ambos grupos dieron una mayor cantidad de respuestas sexuales manifiestas, pero muy pocas respuestas simbólicas. No entraremos en la discusión de estos resultados, por ser altamente interpretativa y poco verificable a nivel empírico.

KALIN (1964), y KALIN y cols. (1965), realizaron experimentos en un entorno más natural. Ellos llevaron a cabo fiestas y grupos de discusión con estudiantes, en los cuales el grupo experimental recibió bebidas alcohólicas y el grupo-control, no. Antes, durante y después, se les aplicó de nuevo el TAT. KALIN (1964) exploró también el recuerdo al día siguiente de la reunión. En ambas investigaciones se observó un aumento del contenido sexual en las respuestas al TAT después del consumo de alcohol en la fiesta, pero no así en los grupos de discusión. Por el contrario, no aumentó la represión ni los sentimientos de culpa con respecto a la sexualidad. Por otra parte, el grupo que consumió alcohol recordaba menos los contenidos sexuales al día siguiente.

En todos estos experimentos no está claro el significado de los resultados obtenidos con el TAT, ni en qué medida pueden referirse a conductas reales. Aún si se asume una relación positiva -eventualmente curvilínea- entre consumo de alcohol y aumento del comportamiento sexual, no queda claro si se trata de una relación causa-efecto, o si no existe más bien un contexto social que motive la coincidencia de ambos tipos de conducta. Es posible que esta relación se produzca en situaciones dictadas por normas culturales, que permiten y aún fomentan tanto el consumo de alcohol, como las conductas sexuales más manifiestas.

Según las observaciones clínicas, el consumo de alcohol a largo plazo produce impotencia total o parcial, de la que con frecuencia surgen las celotipias alcohólicas

(véase, por ejemplo, LLOPIS, 1962). Pero existen pocas investigaciones sistemáticas acerca del comportamiento sexual de los alcohólicos. LEVINE (1955) evaluó los protocolos de 79 alcohólicos, a los que se interrogó acerca del comportamiento sexual. La mayoría de los sujetos mostraron una relativa indiferencia o una falta total de interés por los contactos sexuales. También la frecuencia del acto sexual se situó considerablemente por debajo de la frecuencia media (desde una vez por trimestre, hasta la ausencia de relaciones sexuales). La investigación de BURTON y KAPLAN (1968), que comparó 16 matrimonios con maridos alcohólicos y 16 matrimonios como grupo de control, contradice estos resultados. Ambos grupos mostraron una frecuencia de contacto sexual similar (como promedio 1'6 veces por semana). La reducción del contacto sexual en las parejas de alcohólicos se debió, a menudo, al comportamiento de la esposa, que utilizaba este medio de presión para influir en el consumo alcohólico del marido. Probablemente existan aquí diferencias según el avance del alcoholismo y según la situación familiar del alcohólico.

2) Efecto sobre la conducta agresiva:

Al igual que con respecto a la sexualidad, se postula en general que el alcohol tiene un efecto desinhibidor para la agresividad. Nuevamente surge aquí la dificultad para distinguir entre el efecto farmacológico y el efecto del contexto social, puesto que precisamente la agresividad no puede investigarse fuera de un contexto social.

Los experimentos de BENET y cols. (1969) se limitan a una interacción social mínima. Utilizan el paradigma "Milgram", en el cual el sujeto cree que puede provocar, mediante la presión de un botón, que otra persona en una

habitación contigua reciba golpes eléctricos. Las diferentes dosis de alcohol no modificaron, sin embargo, la frecuencia de golpes eléctricos administrados supuestamente por los sujetos a sus víctimas.

Otros estudios, que plantearon una interacción social más natural, aportaron, sin embargo, otros resultados. TAKALA y cols. (1957) realizaron un experimento muy amplio con grupos que, bajo efectos del alcohol, discutían acerca de determinados temas o realizaban tareas de colaboración. Los miembros de los grupos se evaluaron con el sistema de categorías de BALES. Tanto la agresión "activa", como la "pasiva", aumentaron bajo efectos del alcohol y de hecho, con mayor intensidad al consumirse bebidas de alta gradación alcohólica. Dentro de este mismo contexto, recordemos los estudios ya mencionados referentes a la relación entre conductas antisociales y consumo de alcohol (KNOTT y cols., 1977).

BRUUN (1959 a,b) también realizó estudios con grupos, poniendo en relación su posición social dentro del grupo con el efecto del alcohol. Detectó un aumento de la agresividad sobre todo en los líderes expresivos del grupo, pero no en los líderes instrumentales, ni en los miembros aislados del grupo. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que las últimas dos investigaciones citadas se realizaron en Finlandia. Recordemos, además, que la agresividad bajo efectos del alcohol es un problema específico de los países escandinavos. Es probable que la conexión conductual "consumo de alcohol y comportamiento agresivo" sea un aprendizaje social, lo que se ratifica al observar el efecto diferencial del alcohol en los diferentes miembros del grupo, según su posición dentro del mismo.

KALIN y cols. (1965) obtuvieron resultados similares: En los grupos de discusión no se encontró ningún aumento

de la agresividad en el TAT, aunque sí en los grupos de fiesta. La intensidad de la agresividad física expresada mostró una dependencia curvilínea con la cantidad de alcohol consumido. TRENTINI y cols. (1970 a,b) también utilizaron una versión del TAT (el "Test de Imaginación" de McLELLAND), además del test de Rosenzweig, en un estudio con 120 estudiantes, divididos en grupos experimentales, que consumieron alcohol, y grupos de control, sin alcohol. Según estos autores, bajo efectos del alcohol hubo un descenso de la necesidad de poder y de la motivación de logro, aumentando al mismo tiempo las necesidades de afecto y dependencia. Se observó un especial aumento de la fuerza y seguridad del individuo ante las personas con autoridad.

McLELLAND (1971) observó un efecto dependiente de la dosis de alcohol ingerida en las respuestas al TAT. También pidió a estudiantes participantes en fiestas experimentales que hicieran relatos en base al TAT, al principio, a mitad y al final de las mismas. Al evaluarlas, diferenció los contenidos que expresaban, por una parte, "poder personalista o agresivo" y, por otra, "poder socializador y altruista". Este último tipo de contenidos predominó después de la ingestión de 2 a 3 copas, mientras que el primer tipo surgió con más fuerza tras aproximadamente seis copas, cuando el sujeto en cuestión parecía menos realista y menos inhibido.

DOLEYS y cols. (1967), por el contrario, no observaron diferencia alguna después de distintas dosis de alcohol, en cuanto a la autoevaluación de la propia atracción social, agresividad verbal, y sentimientos sexuales, entre 80 sujetos de sexo femenino.

HETHERINGTON y WRAY (1964) utilizaron un proceso completamente diferente: Primero, distribuyeron a sus sujetos de acuerdo con dos dimensiones de personalidad deno-

minadas "necesidad de reconocimiento social" y "necesidad de agresión". Mediante la combinación de valores altos y bajos en sus escalas de personalidad, formaron cuatro grupos, permitiendo la ingestión de alcohol en la mitad de cada grupo. Posteriormente, pidieron a los sujetos que evaluaran, en pruebas individuales, caricaturas con un contenido agresivo, o sin sentido, en cuanto a su humor. Tras el consumo de alcohol, sólo se mostraron desinhibidos los sujetos que obtuvieron valores elevados en ambas escalas de personalidad, por lo que los autores suponen que, en estos sujetos, la necesidad de reconocimiento social disminuyó bajo efectos del alcohol, de forma que la necesidad de agresión pudo emerger con más intensidad. Los otros grupos no mostraron ningún cambio relacionado con el consumo de alcohol. Sin embargo, hay que subrayar que en este experimento no hubo, de hecho, interacción entre los sujetos.

3) Efecto sobre otras conductas sociales:

Aunque sabemos, tanto por la experiencia cotidiana, como por estudios sociológicos y antropológicos, que el consumo de alcohol es una parte establecida de la interacción social y del comportamiento de tiempo libre en nuestra cultura, sólo existen investigaciones esporádicas acerca del comportamiento social bajo efectos del alcohol.

Obviamente, no existe una correlación positiva simple entre cantidad de alcohol consumido y deseo de contacto social a causa de la desinhibición. Además, el efecto parece depender de variables de personalidad. De hecho, PICHOT y REIMANN (1959) observaron un efecto de extroversión, causado por el alcohol, sólo en personas introvertidas, mientras que las personas extravertidas se volvían más introvertidas bajo sus efectos.

Las investigaciones en laboratorio indican más bien que, precisamente los alcohólicos, cuando están intoxicados y continúan bebiendo, se retraen socialmente y se aíslan. Resulta también probable que el alcohol no tenga una influencia directa sobre el acercamiento social, sino que más bien actúe, ya sea como medio para la realización de una serie de actividades sociales, o como un foco, alrededor del cual se agrupan actividades sociales (MENDELSON y cols., 1968; NATHAN y cols., 1970; PARKER, 1974; BURLEY y cols., 1978).

SCHWARTZMAN (1977) plantea la interacción social del alcohólico con su entorno cercano como un círculo vicioso, en el cual éste, al verse presionado o criticado, recurrir al alcohol como excusa de sus acciones, aumentando, a la vez, la tolerancia a su inadecuación gracias al consumo alcohólico. Pero, de rechazo, ese mismo consumo aumenta la intensidad de las presiones y críticas del entorno.

3.3. Relación con características demográficas.-

Por el momento, se ha intentado hacer patente que el nivel de consumo alcohólico, los problemas relacionados, y también las covariables directas, no son de ningún modo fenómenos geográficos o históricos invariables. No solamente son distintos de país en país, sino que también existen diferencias entre diversos grupos de población dentro de un país.

Existe una enorme serie de investigaciones en las cuales se comprueban diferentes tipos de problemas entre distintos grupos sociales. Las características sociales utilizadas con mayor frecuencia en relación con el tema del alcohol son: Sexo, edad, clase social, estado civil, raza y procedencia étnica, religión y lugar en el que se habita. Muy pocas de estas investigaciones mostraron al-

guna relación con conceptos teóricos. En general, no se realizaron como estudios controlados, planificados de antemano, sino que representan un análisis de datos previamente existentes. El estudio más simple y más frecuente de este tipo consiste en el análisis de datos sociales primarios (sexo, edad, etc.), tal como se recogen rutinariamente en las anamnesis clínicas. A éstos se les agrega habitualmente comentarios de sentido común o críticos, que intentan dar una explicación de los datos. La explicación más frecuente hace referencia a las normas sociales diferenciales, que acompañan las distintas clases y roles sociales. Sin embargo, en muchos casos la interpretación puede ajustarse a cualquiera de las teorías citadas en párrafos anteriores.

Una visión muy detallada de los datos aislados obtenidos en este campo puede encontrarse en el estudio de POHL (1973). Sería extenderse demasiado, si intentáramos referir aquí nuevamente todos los resultados. Por ello, nos limitaremos a la descripción de los resultados principales de algunas investigaciones más diferenciadas, prestando especial atención a las variables que parecen ser también de importancia en Alemania Federal, es decir, sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico y domicilio, puesto que sirvieron de base para el estudio que realizamos personalmente.

Recordemos que, en la medida en que estos factores demográficos se relacionaron con las covariables directas, ya hemos presentado algunos datos al respecto.

3.3.1. Sexo y edad.

Prácticamente en todas las sociedades actuales puede comprobarse una gran especificidad respecto a las relaciones entre el sexo y el consumo de alcohol, así como los problemas ocasionados por él. En forma bastante simple, se puede afirmar que todas las investigaciones realizadas hasta ahora muestran que el consumo de alcohol y el alcoholismo están más extendidos y acentuados en los hombres que en las mujeres. Investigaciones más recientes han destacado además que tanto los modelos de consumo, como los tipos de problemas son diferentes en hombres y en mujeres. Por otra parte, las cifras proporcionales de consumo según sexo oscilan considerablemente, de acuerdo con el tipo de población estudiada, los motivos para el consumo y las relaciones con otras variables. Presentaremos en forma más detallada sólo los resultados de algunas encuestas, para proporcionar una impresión general del estado actual de la investigación en el tema.

Veamos primeramente los resultados obtenidos por CAHA LAN y cols. (1969) en EE.UU.: Hay más mujeres (40%) que hombres (23%), que beben menos de una vez al año; cuando se combinan los índices de cantidad y frecuencia se observa que más hombres (21%), que mujeres (5%), consumen grandes cantidades de alcohol; entre las mujeres que beben alcohol predomina el consumo poco frecuente y escaso o moderado. Estas diferencias se pueden comprobar en todos los grupos de edad y en todas las clases sociales. Sin embargo, la diferencia en el nivel de consumo elevado no presenta una relación consistente con la pertenencia a una determinada clase social, aunque se observa que las mujeres de clase social más baja tienden a consumir más alcohol, cuando beben. Las diferencias en cuanto a las mujeres abstemias, en comparación con los hombres,

son mayores en las zonas rurales, mientras que la diferencia en cuanto al nivel de consumo es máxima en las grandes urbes.

Existen numerosos estudios referentes al consumo alcohólico en mujeres. Parece ser que, en cuanto al entorno social y situacional, se observa que en reuniones sociales, a las mujeres se les sirve menos alcohol que a los hombres. Las mujeres beben con más frecuencia dentro del círculo familiar, mientras que los hombres beben más en reuniones con colegas de trabajo o amigos íntimos. Las mujeres consumen menos alcohol cuando están solas, que los hombres (Ver CORRIGAN, 1974; BIRCHMORE y WALDERMAN, 1975; DAHLGREN, 1975, 1978; TRACEY y NATHAN, 1976; WALLER y LORCH, 1977; JOHNSON y GARZON, 1978; BECKMAN, 1978).

En cuanto a las relaciones entre sexo y edad, se observa que la máxima proporción de consumo elevado se encuentra en las mujeres de grupos de edad entre los 21 a 24 años, y los 45 a 49 años; en los hombres, se detecta un consumo mayor entre los 30 a 34 años, y los 45 a 49 años (FILLMORE, 1975; McLACHLAN, 1975; HARFORD y MILLS, 1978; ABELSOHN y VAN DER SPUI, 1978).

Parece ser que el consumo de alcohol no ha variado significativamente en los últimos años, en los hombres, pero sin embargo, aumenta en las mujeres. Según una investigación de KNUPFER y ROOM (1964), en San Francisco la diferencia en el consumo, entre hombres y mujeres, no se debe tanto a la frecuencia, sino a la cantidad (lo que no se puede distinguir en el estudio de CAHALAN). También en esta investigación, las diferencias en cada grupo de edad fueron patentes, aunque a diferentes niveles. También se detectaron más mujeres abstemias y un consumo elevado menos frecuente, teniendo la edad y el sexo un efecto acumulativo.

Se llegó a una similitud entre los sexos con respecto a la abstinencia, pero no con respecto al nivel de consumo elevado. Las máximas diferencias en el consumo, referidas específicamente al sexo, se muestran en las clases sociales más bajas. Otro estudio de KNUPFER (1967), también en San Francisco, se centró en los problemas surgidos por el consumo, de acuerdo con la definición típica del alcoholismo: Consumo de alcohol excesivo (consumo elevado frecuente, o consumo prolongado); signos de dependencia (preocupación por el propio consumo, utilización del alcohol como medio de apoyo en las dificultades personales); síntomas de dependencia, tales como consumo matutino, consumo furtivo y dificultades sociales (conflictos en el lugar de trabajo a causa del consumo, problemas con los amigos, con la policía, con el cónyuge, hospitalización). Los datos señalaron que las máximas diferencias se encuentran en el consumo prolongado y en las situaciones conflictivas con la policía. El alcoholismo se daría, por lo tanto, de modo diferente en las mujeres y en los hombres. En base al estudio no queda claro si las mujeres llaman menos la atención a la policía (por ejemplo, porque permanecen en casa), o si la policía es más reacia a arrestar a una mujer. De todas formas, las consecuencias sociales extrafamiliares parecen ser desproporcionadamente altas, en comparación con el nivel de consumo, en los hombres. Esto concuerda con una observación clínica frecuente, según la cual el alcoholismo en las mujeres permanece oculto mucho más tiempo, ya sea porque precisamente las mujeres que están más solas son las que llegan al consumo excesivo, ya sea porque temen la discriminación por su consumo excesivo y se retraen.

CLARK (1966) también desglosó las definiciones operacionales de alcoholismo más al uso en problemas individuales, e investigó su incidencia en una muestra repre-

sentativa de San Francisco. Obtuvo los siguientes resultados: según como se defina el alcoholismo o consumo problemático (por combinación diferente de los problemas individuales), los hombres muestran cuotas más elevadas que las mujeres, pero esta diferencia no es constante para todos los problemas. Las cuotas en las mujeres son casi iguales en relación a la incidencia de consumo, de consumo excesivo (según tipo y frecuencia de ingestión) y de motivación subjetiva para beber alcohol (para vencer la ansiedad y otros estados de tensión). Por el contrario, los hombres tienen cuotas significativamente más elevadas que las mujeres en todos los problemas que implican situaciones conflictivas con personas e instituciones.

WANBERG y KNAPP (1970) estudiaron a 1657 pacientes varones y 365 pacientes femeninos de una Clínica para alcohólicos de Denver, utilizando el "Drinking History Questionnaire". Llegaron a los siguientes resultados en cuanto a las correlaciones entre la variable "sexo" y los diferentes items: Las mujeres comienzan a consumir alcohol a edades más tardías y demoran más en embriagarse por primera vez (esto se observa una y otra vez en las clínicas especializadas). Sin embargo, llegan a las clínicas a la misma edad que los hombres. Puesto que al menos en los síntomas fisiológicos del alcoholismo (pérdida del conocimiento, del apetito y del sueño, temblores, convulsiones y delirio), no se detecta ninguna diferencia entre hombres y mujeres, puede suponerse que la evolución del alcoholismo es más rápida en las mujeres.

El consumo ininterrumpido durante un período largo se observa más en los hombres. Se podría interpretar este dato tanto como indicación de diferencias fisiológicas, como de diferentes normas, de acuerdo con el rol social. En cuanto a las razones para el consumo y los problemas laborales, las mujeres afirman más a menudo que beben al

cohol para realizar mejor su trabajo, mientras que los hombres informan más frecuentemente que han perdido su puesto de trabajo a causa de su consumo alcohólico. Desgraciadamente, estas correlaciones no toman en cuenta el hecho que existen menos mujeres que trabajan fuera de casa. Es muy probable que esta variable haya motivado la diferencia, puesto que al preguntar acerca de la situación en la cual se bebe, un mayor porcentaje de mujeres afirmó que bebían solas en casa. Según opinión de los autores, ésto indicaría que existan muchas amas de casa entre las mujeres alcohólicas. A la vez, hubo más mujeres que afirmaron que consumían alcohol, en casa, con su cónyuge. Puesto que esta variable correlaciona negativamente con el consumo solitario, posiblemente existen en las mujeres distintos estilos de consumo, independientes entre sí.

En cuanto al estado civil, se observó que entre las mujeres se encontraba una mayoría que vivían solas con sus hijos. Posiblemente, esto representa una situación de vida (divorciada, viviendo sola con los hijos), típicamente entrelazada con el alcoholismo de las mujeres (BROMET y MOOS, 1976).

Como ya se mencionó anteriormente, casi no existen datos acerca de Alemania Federal. Sin embargo, se puede suponer que la situación es semejante a los EE.UU., aunque no tan acusada. También en Alemania Federal predominan los hombres entre los alcohólicos clasificados institucionalmente, aunque se anuncia, por parte de estas instituciones, un aumento del alcoholismo femenino. El trabajo de WIESER (1968), basado en una encuesta representativa en la población de Bremen a lo largo de 14 años, presenta los siguientes datos, resumidos en el Cuadro 3.

Quadro 3: Porcentajes de frecuencia de consumo específico al sexo, en Bremen
(extraído de WIESER, 1968)

Consumen bebidas alcohólicas	En total n = 408	Hombres n = 193	Mujeres n = 215
A diario o casi a diario	24%	25%	24%
1 - 2 veces por semana	37%	45%	30%
1 - 2 veces al mes	19%	10%	27%
1 - 2 veces al trimestre, o con menos frecuencia	20%	20%	19%

Llama la atención que las cifras apenas se diferencian de las investigaciones norteamericanas. Se obtiene una sorprendente distribución análoga en las categorías extremas. Solamente en las categorías intermedias aparece una incidencia más alta de hombres con consumo elevado. Pero debe subrayarse expresamente, que este estudio sólo evaluó la frecuencia, pero no la cantidad. De acuerdo con los estudios norteamericanos y según la experiencia cotidiana, podría suponer que las diferencias en relación a cantidad son mucho mayores. Una cierta confirmación de esta hipótesis puede extraerse del resultado de WIESER respecto al porcentaje de personas que prefieren bebidas de alta gradación alcohólica, según el cual, los hombres obtienen un puntaje dos veces mayor que las mujeres (44% frente a 22%). Además, los hombres consumen cuatro veces más cerveza que las mujeres (28% frente a 7%), mientras que las mujeres prefieren vino, vino espumoso, y vino con frutas o ponche. A partir de la experiencia cotidiana, se puede afirmar que la cerveza es una bebida que se consume en grandes cantidades, mientras que las bebidas elegidas preferencialmente por las mujeres son aquéllas que se beben en pequeñas cantidades, en Alemania Federal. Las bebidas de alta gradación no suponen gran consumo alcohólico para su volumen, pero sí por su porcentaje de alcohol por litro. También llama la atención, en la investigación de Bremen, que sólo en las mujeres, se observara una fuerte correlación entre la frecuencia de consumo y una determinada clase social. Lo que podía esperarse por consideraciones sociológicas y se mostró indirectamente en las investigaciones norteamericanas, quedó de manifiesto en la investigación alemana: La frecuencia de consumo aumenta, en las mujeres, paralelamente con su clase social. La cifra de mujeres que consume alcohol diariamente aumentó desde la clase

social baja (7%), y pasando por la clase social media (23%), hasta alcanzar las mayores cotas en la clase social alta (33%). Igualmente, el porcentaje de mujeres que bebían sólo raras veces, descendió, desde la clase baja (41%), a la clase media (19%), hasta llegar a la clase alta (10%). Este hecho depende seguramente de la rígida definición de roles respecto al sexo en las clases inferiores. El aumento de alcoholismo en mujeres, observado últimamente en varios países, puede también relacionarse con la disolución de tales definiciones, que surgió del aumento de mujeres que trabajaban fuera de su casa.

En la investigación de Bremen también se observa una dependencia entre la edad y el sexo. En los hombres, al aumentar la edad surge una polarización en dos grupos. Por una parte, con la edad aumenta el porcentaje de sujetos que beben diariamente (hasta el 39% a los 60 años), por otra, también aumenta el porcentaje de aquéllos que consumen alcohol sólo raras veces y de modo irregular. En las mujeres no se observa esta polarización. Mientras que las mujeres más jóvenes no igualan a los hombres de la misma edad en cuanto a frecuencia de consumo, las mujeres mayores más bien tienden a un consumo moderado o a ser abstemias.

De acuerdo con un trabajo de EDWARDS y cols. (1972), en un barrio de las afueras de Londres, se observaron las siguientes diferencias relacionadas con la variable "sexo":

(a) En cuanto a frecuencia y cantidad: Generalmente se encuentran más mujeres que hombres en las categorías "abstemio", "bebedor ocasional", "bebedor mínimo-infrecuente"; aparece más o menos la misma proporción de hombres que de mujeres en la categoría "bebedor mínimo-frecuente"; y hay menos mujeres que hombres integrados en

la categoría de "bebedor moderado" y "bebedor excesivo";

(b) con respecto al momento en que se consume alcohol, se observa en las mujeres un consumo superior de alcohol durante el fin de semana, inclusive en las mujeres de clase social alta;

(c) en cuanto al tipo de bebida: los hombres beben preferentemente cerveza, las mujeres, licores (independientemente de la clase social que pertenecen);

(d) con respecto al lugar en que se bebe, independientemente de la clase social, las mujeres beben significativamente menos en los bares;

(e) el estudio de las relaciones entre clase social y sexo muestra que en Inglaterra también existen mayores diferencias relacionadas con el sexo, en las clases sociales bajas; nuevamente, se observa que las mujeres de clase social alta beben más;

(f) en relación a los problemas que ocasiona el consumo alcohólico, el estudio detectó las siguientes diferencias: Las mujeres beben generalmente menos y tienen generalmente menos problemas a causa del consumo (expresados en síntomas de dependencia, lesiones orgánicas, problemas sociales y económicos). Los hombres y mujeres que mostraron el mismo consumo de alcohol, se diferencian significativamente en cuanto a los problemas que les causa esta conducta. De acuerdo con el registro "oficial" de los diversos problemas ocasionados por el alcohol (arrestos por embriaguez, mortalidad por cirrosis hepática, hospitalizaciones y muertes por alcoholismo), las diferencias menores aparecen en los problemas de salud, y las mayores en los arrestos por embriaguez en público.

Respecto a la variable edad, cabe subrayar que, de hecho, ya se establece una relación específica entre edad y problemas provocados por el consumo, puesto que en la mayoría de los países se prohíbe el consumo de alcohol a

los niños, o sólo se les permite consumirlo en cantidades pequeñas. La mayoría de informes clínicos y encuestas se limitan a adultos. Es evidente que los problemas relacionados con el alcohol y específicamente, el alcoholismo ya establecido, muestran un retraso temporal des de el comienzo del consumo alcohólico. A mayores edades (a partir de los 50 ó 60 años), parece producirse una reducción del porcentaje de la población con un consumo elevado de alcohol y problemas relacionados, lo que en parte puede deberse a la mayor mortalidad entre alcohólicos, al cambio en la tolerancia frente al alcohol y a cambios en las expectativas de roles según la edad. Algunos estudios acerca de esta variable se polarizan, de hecho, en muestras de adolescentes (HORNICK y NYLES, 1975; OTTENBERG, 1975; MARDEN y cols., 1976; McKECHNIE y cols., 1977; SCHUCKIT, 1977) y estudios referentes a personas en la tercera edad (ZIMBERG, 1974; APFELDORF y HUNLEY, 1975). No entraremos en mayores detalles frente a esta variable, puesto que la presentamos ya conjuntamente con la variable "sexo". Deseamos, sin embargo, destacar aún los resultados obtenidos por WIESER (1968, 1972), en Alemania Federal. Este autor observó una polarización de la frecuencia de consumo, relacionada con la edad, en los varones encuestados. Así, con la edad se detectó un aumento, tanto de la incidencia de bebedores cotidianos, como de la incidencia de abstemios, o bebedores ocasionales e irregulares. También surgieron diferencias en cuanto a las preferencias de bebidas alcohólicas: Con la edad, la preferencia por la cerveza disminuyó, aumentando la preferencia por los diferentes aguardientes. No se observaron diferencias respecto al vino.

3.3.2. Estado civil.

Es difícil determinar la causalidad respecto a esta variable. Aunque los datos señalan en forma unívoca una mayor incidencia del alcoholismo, y de problemas relacionados, en el caso de personas solteras, separadas o divorciadas, se conoce que los problemas entre parejas surgen frecuentemente a causa del consumo alcohólico y que, a la inversa, este consumo puede aumentar por los problemas entre parejas.

En todo caso, sí se puede afirmar que las personas que viven solas forman una población de alto riesgo, con una prevalencia marcada de consumo alcohólico excesivo y problemas relacionados con él. (Ver, por ejemplo, BROMET y MOOS, 1976).

3.3.3. Nivel socioeconómico.

También la pertenencia a una determinada clase social parece influir de manera importante en el consumo y en los problemas ocasionados por el alcohol. Sin embargo, los resultados son mucho menos unívocos que con respecto a la variable "sexo". La pertenencia a una determinada clase social parece determinar de forma diferente, según las normas de cada país, el comportamiento frente al alcohol.

Los resultados de la encuesta de CAHALAN y cols. (1969), en relación con esta variable, se pueden resumir de la siguiente manera:

(a) En las clases sociales bajas, las diferencias por edad y sexo son consistentemente menores: Las mujeres mayores (60 años y más aún) de la clase social baja muestran el menor porcentaje de consumo alcohólico (34%), mientras que los hombres más jóvenes (entre 21 y 39 años) de la clase superior, muestran el consumo más elevado

(88%);

(b) se observa un consumo mínimo y moderado más frecuente en las clases bajas, aunque el porcentaje, respecto a la muestra global, de bebedores con un consumo elevado es aproximadamente igual en todos los niveles sociales. Sin embargo, si se calculan los porcentajes respecto al número de sujetos que beben alcohol solamente, aparece algo más elevado el porcentaje de sujetos de consumo elevado en las clases sociales bajas. Estos datos deberían modificar las observaciones frecuentemente citadas de DOLLARD (1945), acerca de la clase media abstemia: Relativamente más personas pertenecientes a las clases media y alta declararon beber alcohol al menos ocasionalmente, aunque menos personas pertenecientes a estos grupos afirmaron consumir grandes cantidades.

En su encuesta en San Francisco, KNUPFER (1967) informó de una mayor incidencia de bebedores con consumo elevado (respecto a frecuencia y cantidad) en la clase alta, además de una incidencia frecuente de síntomas de dependencia; por el contrario, detectó proporcionalmente menos bebedores de consumo elevado en la clase baja, a la vez que aparecieron mayores problemas sociales extrafamiliares.

Como ya comentamos anteriormente, del mundo de la industria sólo se encuentran investigaciones sobre el tema entre trabajadores no-cualificados. TRICE (1970) plantea que, puesto que el comportamiento de este grupo social posee una mayor visibilidad, sus miembros entran con mayor facilidad en las estadísticas de los Hospitales Estatales, o de las cárceles. Este autor distribuyó a los alcohólicos de diferentes empresas en EE.UU. de acuerdo con su nivel profesional. Posteriormente, distribuyó los grupos según si habían recibido tratamiento en Hospitales, o tratamiento privado. Los datos que obtuvo indican que

los empresarios, propietarios y directivos de las empresas constituían el 25% de la población alcohólica (con lo cual estaban sobrerrepresentados), a la vez que constituían el 47% de los pacientes que recibieron tratamiento particular y el 20% de los que fueron atendidos en Hospitales, mientras que en las clases profesionales bajas, las relaciones fueran justamente las inversas. Estos datos señalan un artefacto importante de las investigaciones acerca del alcoholismo. Para la mejor accesibilidad y disponibilidad, la mayoría de las investigaciones se realizan precisamente con muestras de instituciones públicas, por lo que, seguramente, las clases superiores están generalmente mal representadas en estos estudios.

TRICE (1962) indica también que existen problemas laborales específicos de acuerdo con la clase social. Según sus investigaciones en el sector de la industria, los directivos y empresarios que son alcohólicos, tienden a permanecer alejados del trabajo sólo una parte del día laboral, llegando a presentarse al trabajo en estado de embriaguez, mientras que los trabajadores no-cualificados permanecen alejados del trabajo todo el día, y a veces aún por varios días consecutivos. PLANT confirma estos resultados en un análisis de la bibliografía sobre el tema (1977). SCHUCKIT y GUNDERSON (1974) observan asimismo una mayor prevalencia de alcoholismo en trabajos no especializados.

SCHMIDT y cols. (1968), presentaron una monografía dedicada a las relaciones entre pertenencia a una clase social, diagnóstico y tratamiento del alcoholismo. Analizaron los historiales clínicos de 412 pacientes, en su primera hospitalización en una clínica canadiense para alcohólicos, durante 3 años. Encontraron las siguientes relaciones con la clase social de los pacientes:

(a) Los pacientes de clase baja ingresaron, por término medio, a una edad menor que los pacientes de la clase alta;

(b) en relación a la persona o institución que determinó el ingreso de estos pacientes, con una excepción (ingreso por determinación de familiares o amigos) se observaron diferencias significativas según la clase social. Los pacientes de clase alta ingresaban generalmente a instancias de médicos con consulta particular, los pacientes de clase media, a través de las oficinas de Alcohólicos Anónimos, y los pacientes de clase baja, a través de Hospitales Estatales e instituciones benéficas. Los autores justifican este último dato por el hecho que los pacientes de clase baja pueden reemplazarse más fácilmente en sus puestos de trabajo, por lo que los despiden también más pronto, quedando entonces en manos de instituciones de beneficencia. De hecho, el mayor número de parados, entre los pacientes en el momento de ingresar en la Clínica, se registró en la clase baja.

(c) Entre los pacientes de clase baja, un motivo de ingreso frecuente fueron las psicosis tóxicas, a consecuencias del consumo excesivo de alcohol en un período temporal breve, que los llevó al Hospital General y, de allí, a la Clínica. Se detectó una relación inversa entre frecuencia de psicosis alcohólica y pertenencia a clase social alta.

(d) El hecho que los pacientes de clase media sean llevados a la Clínica a instancias de Alcohólicos Anónimos, concuerda con datos de otras investigaciones, que sugieren que esta organización es fundamentalmente un grupo de clase media (TRICE, 1957).

(e) Con respecto al diagnóstico, se observaron las siguientes diferencias: En la clase baja se dio con mayor frecuencia el diagnóstico de psicosis alcohólica, tanto aguda (Delirium tremens, alucinaciones alcohólicas), como

psicosis alcohólicas crónicas (Korsakoff, Wernicke y encefalopatías inespecíficas). Es probable que la frecuente aparición de psicosis alcohólica en la clase baja no se deba sólo a la conducta específica frente al alcohol, sino también a un descuido diferencial de la alimentación en las distintas clases sociales.

Sorprendentemente, el diagnóstico de alteraciones "sociopáticas" de la personalidad se dió con mayor frecuencia en la clase media. Sin embargo, los autores opinan que esto puede deberse al hecho que se estudiaron exclusivamente pacientes voluntarios, y los alcohólicos de clase más baja corren un riesgo mayor de ser arrestados por conductas antisociales, siendo luego trasladados a clínicas para tratamiento forzoso.

(f) Los médicos describieron a los pacientes de clase baja más bien en términos conductuales (tranquilo, retraído, poco inteligente, mala presencia, inmaduro, sin autocrítica, poco motivado, etc.), mientras que describieron a los de clase media y alta refiriéndose más bien a estados emocionales o cualidades (activo, inteligente, con sentimientos de culpabilidad, descontento, descontento consigo mismo). No puede distinguirse con claridad si esto se debe a diferencias reales entre los pacientes, o a un prejuicio de clase media por parte de los médicos, cuya distancia social hacia las clases superiores es menor, de modo que se las describe de modo "empático", mientras que se describe a los pacientes de clase baja "desde fuera". Los autores se inclinan por esta última explicación en base a sus otras observaciones dentro de la Clínica en cuestión.

(g) En las dos clases superiores se diagnosticaron más enfermedades no-psiquiátricas, lo que concuerda con el hecho de que fueron enviados a la Clínica por médicos particulares. La mayor incidencia de cirrosis hepática

en la clase superior es, según SCHMIDT y cols., sólo un efecto de la mayor edad cronológica de estos pacientes e indicaría que la aparición de cirrosis hepática estaría más bien relacionada con la cantidad total de alcohol consumida en un período de vida, que con los hábitos específicos de consumo.

(h) Con respecto al tipo de tratamiento, se observaron las siguientes diferencias: Los psiquiatras dieron un pronóstico más desfavorable en los pacientes de clase baja. Las recomendaciones terapéuticas para los pacientes de este nivel social tendían a alejarse de las psicoterapias analíticas o de apoyo y dirigirse más bien a la indicación de fármacos preventivos y -en menor escala- terapia de grupo. La terapia dependía menos del diagnóstico, que de la pertenencia a una determinada clase social. Además, los pacientes de clase baja recibían en general atención por parte de médicos generales, mientras que los pacientes de clase alta fueron tratados con mayor frecuencia por psiquiatras. No se observó diferencia alguna en cuanto al número de visitas médicas.

En Londres, EDWARDS y cols. (1972) informan de los siguientes resultados respecto a estilos de consumo relacionados con clase social:

(a) Cantidad y frecuencia: Los sujetos pertenecientes a las clases superiores (alta y media), beben con mayor frecuencia, pero en menor cantidad; los pertenecientes a la clase baja, beben con menor frecuencia, pero consumen mayores cantidades por vez.

(b) Variabilidad temporal: Los hombres de clase alta y media consumen más o menos la misma cantidad en cada día de la semana, mientras que los hombres de clase baja concentran su consumo de alcohol en el fin de semana.

(c) Tipo de bebida: Los hombres de clase alta y media prefieren los productos de alta gradación alcohólica, los de clase baja, prefieren cerveza.

(d) Entorno situacional: Los hombres de clase alta y media beben alcohol preferentemente en su casa o en la de amigos, como también en restaurantes, mientras que los de clase baja prefieren "pubs" o bares.

(e) El análisis de los problemas surgidos del consumo alcohólico; en la misma muestra, no permitió detectar ninguna diferencia significativa en relación con la clase social de los sujetos.

EDWARDS y cols. consideraron a aquellos sujetos que declararon tener por lo menos 5 problemas por causa del alcohol, como "bebedores problemáticos". La prevalencia en cada una de las tres clases fue el 6%. Sin embargo, los autores no desglosaron el tipo de problema que sufrían los sujetos, por lo que es posible que existieran diferencias cualitativas. De hecho, este último resultado negativo no está en consonancia con otra investigación inglesa (MOSS y BERESFORD-DAVIES, 1967), que hace sospechar una prevalencia más elevada de alcoholismo en las clases privilegiadas, ni tampoco con CHANDLER y cols. (1971), que detectaron en miembros de Alcohólicos Anónimos, y en un grupo que recibía tratamiento privado, un espectro mayor de complicaciones que las de un grupo de nivel socioeconómico más bajo. Por otra parte, la investigación realizada con miembros de Alcohólicos Anónimos utilizó significativamente menos items de problemas, eliminándose posiblemente aquéllos que se dan con mayor frecuencia en la clase social baja (por ejemplo, encarcelamiento o pérdida del empleo). Por esta razón, las diferencias podrían justificarse por la selectividad de estas últimas investigaciones.

La encuesta pública realizada en Alemania Federal (WIESER, 1968) no detectó, como ya mencionamos al referirnos a la variable "sexo", diferencias en cuanto a la frecuencia de consumo en los varones que participaron.

Por el contrario, en las mujeres se observó un aumento claro en la frecuencia de consumo, a medida que ascendía en la escala socio-económica. En cuanto a las preferencias por determinadas bebidas, tampoco se detectaron diferencias significativas según la clase social. Sólo se pudo comprobar que en la clase baja se consume menos vino, y que las preferencias por distintas bebidas de alta gradación alcohólica está relacionada con el nivel social.

Sin embargo, el estudio de GRUNTZIG y cols. (1970), en Heidelberg, muestra un cuadro diferente. La proporción de consumidores diarios de alcohol descende en esta muestra de una forma continua, a medida que aumenta el nivel socio-económico (de 85% en la clase baja, hasta 36% en la clase alta). Igualmente se observa un descenso de la cantidad de alcohol consumida semanalmente (de 382'9 gr. a 160'9 gr.), a medida que sube el nivel socio-económico. El consumo de bebidas de alta gradación alcohólica y de cerveza es especialmente alto en la clase baja.

3.3.4. Domicilio.

Existen diferencias regionales dentro de cada país en cuanto al consumo de alcohol. Sin embargo, describirlas aquí llevaría demasiado lejos esta recopilación de datos. Cabe subrayar no obstante que se comprueba una y otra vez que las grandes ciudades muestran la proporción más elevada de bebedores de cualquier tipo, en comparación con otros núcleos de población (véase, por ejemplo, MULFORD, 1964; CAHALAN y cols., 1969; ANDELKOVIC y cols., 1970; ALBAS y cols., 1978; SAUDERS y KERSHAW, 1978). Según EDWARDS y cols. (1972), el cambio constante de domicilio parece relacionarse especialmente con el surgimiento de

problemas provocados por el consumo alcohólico. A idéntica conclusión llega ALONSO FERNANDEZ (1976) en su trabajo acerca de la epidemiología y etiología del alcoholismo en España. Afirma que parte de los problemas alcohólicos pueden retrotraerse a los cambios producidos por la revolución tecnológica y la migración campo-ciudad, y las disrupciones psicoculturales que éstas producen.

II. ESTUDIO ACERCA DEL CONSUMO ALCOHOLICO Y SUS
COVARIABLES DIRECTAS

1. JUSTIFICACION DEL TRABAJO REALIZADO

1.1. Planteamiento del problema.-

Repasando la literatura de los últimos treinta años acerca del tema del alcoholismo, se puede comprobar que la investigación tradicional del alcoholismo es un callejón sin salida. La investigación tradicional se funda en la suposición de que los alcohólicos son una clase especial de ser humano. Se investigan principalmente características estáticas, pensando que ellas forman parte del alcohólico y provocan el alcoholismo (principalmente, factores de personalidad, genéticos y anomalías en el metabolismo). El único resultado convincente que esta serie de investigaciones ofrece es que no existe un alcohólico típico, ni tampoco una enfermedad en sí que pueda denominarse "alcoholismo" y, menos aún, una personalidad alcohólica específica o alguna característica permanente que diferencie al "alcohólico" de otras personas.

Sobre todo gracias a las últimas investigaciones y consideraciones sociológicas y socioculturales, aparece como más plausible la hipótesis que en el caso del llamado "alcoholismo", se trata de la transformación del consumo alcohólico en un problema, provocada por el individuo mismo y/o por su entorno social cercano y lejano. Esta problematización del consumo de alcohol probablemente se centra en determinados aspectos del consumo, tales como actitudes y normas o, dicho de otro modo, en formas de comportamiento que están relacionadas directamente con este consumo.

Aunque existen algunas investigaciones que utilizan el consumo problemático de alcohol como punto de partida, en lugar de utilizar el concepto tradicional de alcoholismo, y aunque también existen investigaciones aisladas acerca de algunas formas de comportamiento, normas y actitudes ante el consumo, son muy escasas las investigaciones que ordenen los diferentes aspectos y muestren la relación de las variables entre sí.

Por otra parte, tal como dijimos anteriormente, parece necesario realizar un análisis extensivo y de amplio espectro que determine y pondere las relaciones entre las variables de control, las variables criterioles y los predictores y covariables del consumo alcohólico, antes de elaborar modelos o teorías complejas acerca del "alcoholismo" o del "consumo problemático de alcohol". Este es el foco de interés de nuestra investigación.

1.2. Elección de los criterios.-

Uno de los fines del trabajo fue un intento de cristalizar las dimensiones del "alcoholismo" o del "consumo problemático de alcohol". Se postuló que "alcoholismo" o, mejor dicho, "consumo problemático de alcohol", se divide por lo menos en dos criterios diferentes, que no debían tener necesariamente una alta correlación entre sí: Elevado consumo alcohólico y problemas causados por la ingestión de alcohol. Tampoco se podían considerar estos criterios como unidimensionales. Además, se propuso que se consideraran las dimensiones criterioles como variables continuas cuantitativas, en las cuales los alcohólicos diagnosticados ocuparían los valores extremos de la escala. Siguiendo estos postulados, se debían construir unas escalas criterioles para el consumo

de alcohol según frecuencia y cantidad, y otras, incidiendo en los problemas ocasionados por el consumo de alcohol. Entre los problemas debían incluirse todos los síntomas habituales del alcoholismo, como también aquellos problemas surgidos por el consumo mismo y que normalmente no están considerados como específicos del alcoholismo.

Podría hablarse en favor de la utilidad del concepto de "consumo problemático de alcohol" si se cumplieran las siguientes condiciones:

- Si todos los problemas se detectaran tanto en alcohólicos diagnosticados, como en personas de la población normal.

- Si todos los problemas fueran más frecuentes en alcohólicos diagnosticados, que en personas de la población normal.

- Si no existiera ningún problema que aparezca en todos los alcohólicos por igual.

- Si los problemas causados por el consumo de alcohol que son frecuentes o escasos en los alcohólicos, también lo fueran respectivamente en la población normal. No debería existir ningún problema dentro de esta clasificación -excepto problemas de diagnóstico y tratamiento- que apareciera con frecuencia entre los alcohólicos y fuera a la vez poco frecuente en la población normal, y viceversa.

- Si el nivel del consumo de alcohol por parte de los alcohólicos fuera, como promedio, más alto que el de la población normal, pero no se detectaran correlaciones altas entre nivel de consumo y problemas causados por el mismo.

- Si los problemas causados por el consumo, así como el nivel de consumo, mostrasen correlaciones con determinadas formas de conducta, actitudes y reacciones del individuo o del medio-ambiente social, similares a las corre

laciones que presentan los criterios entre sí.

1.3. Elección de las covariables directas.-

La investigación de las covariables directas del consumo problemático de alcohol y de sus correlaciones debería ser anterior al estudio acerca de las relaciones más lejanas, pero por motivos históricos, este orden se descuidó en trabajos anteriores. Una serie de teorías, de orientación fundamentalmente sociocultural, o basadas en principios de aprendizaje, postularon relaciones entre estas variables y alcoholismo o consumo problemático, pero apenas se han verificado empíricamente.

El actual estado de desarrollo teórico no hizo aconsejable un intento por comprobar una teoría específica o la realización de un experimento para decidir entre dos teorías antagónicas. Parecía más aconsejable someter un espectro lo más amplio posible de estas covariables a una investigación conjunta, para conseguir, en primer lugar una cierta jerarquización, estructuración y selección de las mismas. Aunque se supuso que las diferentes covariables se relacionan de distinta manera con los diversos aspectos del consumo problemático de alcohol, no se elaboró a priori una hipótesis acerca de estas relaciones.

Era probable que estas covariables directas desempeñaran una función de intermediarias entre condiciones sociales y problemas ocasionados por el consumo de alcohol, pero el incluir la covariable sociológica hubiera desbordado la investigación, ya en sí voluminosa. Pareció más económico estudiar los factores sociológicos después de esta primera investigación.

Una descripción detallada de las diferentes covariables se incluyó parcialmente en el marco teórico, metodo

lógico y empírico. Esta descripción se completará antes de la exposición de los resultados obtenidos.

1.4. Inclusión de características demográficas.-

Como se mencionó anteriormente, el consumo problemático de alcohol no se puede considerar como geográfica o históricamente inalterable. Continuamente se observan relaciones entre las variables referentes al consumo alcohólico y las variables de sexo, clase social y edad, aunque tales relaciones se dan en forma diferente en distintas poblaciones. Por lo tanto, cabía esperar que una parte considerable de la varianza, tanto de las variables criterioales, como de las covariables, se pudiera atribuir a tales características.

1.5. Elección del método.-

Anteriormente se detallaron los diferentes métodos usuales en este campo. Como hemos visto, parece que se obtienen los datos más válidos con un determinado tipo de estudios, cercanos a la realidad y bien controlados, mientras que la forma elegida para nuestro trabajo -el estudio en base a cuestionarios- aunque tiene considerables ventajas sobre otros métodos, conlleva problemas de fiabilidad y validez, sobre todo al estudiar el comportamiento interpersonal relacionado con el alcohol.

Por otra parte, nos pareció el método adecuado para la actual situación de la investigación en el tema, ya que con él se pueden abarcar tanto los criterios que nos interesan, como los datos conductuales. Además, es menos costoso que los estudios de campo, siendo el más apto para la pre-clasificación, pre-estructuración y pre-selección de variables. Como dijimos ya, nuestro interés se centraba más en conseguir una información global, que en

decidir entre hipótesis antagónicas.

Al utilizar este procedimiento, debe tenerse presente que no se está investigando el comportamiento mismo, sino que sólo se están explorando las opiniones del individuo acerca de su conducta. Y que éstas no deben coincidir necesariamente con las opiniones de terceros acerca del mismo comportamiento. Esto no quiere decir que las afirmaciones obtenidas no tengan nada que ver con lo que se está estudiando, pero aún debe comprobarse experimentalmente su relación con la conducta concreta. Sin embargo, sería un trabajo ímprobo el intentar realizar un estudio experimental acerca de tal conducta concreta sin antes efectuar una selección y ordenación mediante una investigación a base de cuestionarios.

Para tener un cierto control acerca de la deformación de las respuestas, causada por criterios de deseabilidad social, incluimos en los cuestionarios algunos ítems detectores de mentiras.

1.6. Elección de la muestra.-

Según las muestras utilizadas, los estudios realizados hasta la fecha se dividen en dos grupos: Por una parte, se investigaron alcohólicos diagnosticados, utilizando como grupo control a personas elegidas al azar, o muestras de sujetos internados en clínicas y de cuya conducta ante el alcohol no se sabía nada. En estos casos, no se sabe con qué se comparan concretamente los extremos, es decir, cómo se comportan los grupos control con respecto al criterio. Tampoco se estudian, por ejemplo, las motivaciones o actitudes ante el consumo por parte de los alcohólicos. Por otra parte, existen estudios -en la mayoría de los casos a base de encuestas de amplio espectro- en las cuales la muestra estuvo compuesta por suje-

tos elegidos al azar de la población general, o de grupos profesionales determinados. En estas encuestas se investigaron casi siempre las costumbres y actitudes ante el consumo alcohólico. Se averiguó también el nivel de ingestión de alcohol y, en contadas investigaciones, los problemas causados por el consumo (en estos casos, se estudiaron lo que nosotros llamaríamos variables criteriales). Ante estas investigaciones aparece siempre la objeción clínica que tales estudios no dicen nada acerca del alcoholismo, o que es incierto si, y en qué medida, los bebedores con problemas identificados son realmente "alcohólicos" aún no detectados. Según el concepto de alcoholismo que defendemos, es decir, el concepto del consumo problemático de alcohol, no existirían alcohólicos "verdaderos" o "reales", frente a "no-alcohólicos". Más bien, habría personas con un consumo de alcohol cuantitativamente distinto, que iría de la abstinencia total hasta las cantidades y frecuencias más elevadas. Y habría personas cuyo comportamiento ante el alcohol, o las consecuencias físicas que tendría para ellas la ingestión de alcohol, serían problematizados por ellas o por su entorno social. El grado de problematización no dependería sólo del nivel de alcohol ingerido, sino también y, al menos en la misma medida, de las posibilidades objetivas y de las reacciones, tanto de su entorno social, como del individuo mismo. No existen, de hecho, criterios "objetivos" y unitarios que indiquen a partir de qué cantidad consumida y/o a partir de qué nivel de problematización se comienza a considerar a una persona como "bebedor-problemático" o "alcohólico". Se denominaría "alcohólico" a un sujeto cuando él mismo, o una o más personas cercanas a él, consideran que los problemas causados por la ingestión de alcohol han llegado a dimensiones que ya no pueden resolverse en privado, haciéndose necesaria la

intervención de un profesional.

Para poder verificar tal concepto, se necesitan, por un lado, alcohólicos diagnosticados como tales y, por otro, personas de la población normal de todos los niveles de ingestión de alcohol, con y sin problemas ocasionados por el consumo. Si partimos de la base que los problemas pasajeros causados por el alcohol son relativamente frecuentes en la población normal, pero que el sector de aquellos sujetos con problemas múltiples y/o reiterados es relativamente pequeño, se hace necesario encues-
tar a muchas personas de la población normal para obte-
ner, con fines comparativos, suficientes sujetos. También cabe la posibilidad de incluir grupos de la población con una prevalencia supuestamente alta de problemas. Un pro-
cedimiento que incluya, aparte del grupo extremo de alco-
hólicos, supuestas formas previas al alcoholismo en to-
dos los grados, puede sustituir en parte una costosa in-
vestigación longitudinal. Naturalmente, a priori no se
puede saber cuáles serán los "bebedores-problemáticos" de-
tectados en la población normal que posteriormente queda
rán diagnosticados como alcohólicos. Pero cabría suponer
que éstos representarían un porcentaje relativamente alto
y que así identificaríamos al grupo con el mayor riesgo
de alcoholismo, o sea, aquél que interesa desde el punto
de vista preventivo. Este grupo de personas se podría at-
tender preventivamente, intentando frenar el proceso de
problematización o, intentando modificar aquellas conduc-
tas y actitudes que muestren una alta correlación con el
consumo problemático. Si se consideran los "bebedores-
-problemáticos" detectados en la población normal como
fases previas del futuro alcoholismo, entonces habría que
tener en cuenta la posibilidad que entre el grupo de al-
cohólicos diagnosticados existan también personas que ya
alteraron sus actitudes en base al proceso mismo de diag

nóstico, hospitalización y terapia. Este problema no se puede resolver, porque sin un diagnóstico externo previo nuevamente podría surgir la objeción de que los sujetos estudiados no son realmente "auténticos" alcohólicos.

Al plantearse la representatividad deseable para la muestra, surgió la siguiente dificultad: Por una parte estaba claro, por los estudios bibliográficos realizados, que las variables investigadas dependen de la población, de modo que se hacía necesario lograr una muestra lo más representativa posible de los pobladores de Alemania Federal, o, mejor aún, una muestra realizada totalmente al azar en toda Alemania, para evitar en la medida de lo posible errores en el muestreo. Por otra parte, esto hubiera significado un gasto que no estaba previsto dentro del marco financiero de este proyecto. Además, nos pareció más importante la investigación de las relaciones entre criterios y covariables que la descripción exacta de la prevalencia en la población alemana. Para este primer fin, la representatividad no tenía tanta importancia. Teniendo en consideración cuestiones económicas y situacionales, el nivel de las investigaciones acerca del tema, así como la índole del trabajo -que se entiende más bien como un estudio piloto- se decidió renunciar a una elección absolutamente representativa o al azar y, en lugar de ello, se intentó reclutar a los sujetos de las más diversas fuentes posibles, eligiendo grupos con una distribución bastante representativa según las principales características demográficas. Para poder constatar el éxito de este procedimiento y detectar las posibles deformaciones, se decidió incluir la máxima cantidad de variables demográficas dentro de los cuestionarios.

2. METODOLOGIA EMPLEADA

2.1. Planteamiento global de la investigación.-

Esta investigación forma parte de un vasto proyecto que abarca, aparte de las variables descritas aquí, las "variables indirectas", extraídas de los temas: "Circunstancias actuales de vida y repertorio conductual"; "Biografía general y biografía del consumo de alcohol" y, finalmente, "Inseguridad social y laboral". Además, se realizó una validación cruzada en base a los resultados obtenidos en la investigación que presentamos aquí, aplicándose a una muestra similar en cuanto a tamaño y estructura un cuestionario reducido, construido con los factores e ítems que mostraron la más alta relación con los criterios. El hacer constar al mismo tiempo las covariables indirectas no tiene relevancia para nuestro trabajo, puesto que -como veremos más adelante- los ítems fueron respondidos por otros sujetos, por lo que no pueden haber influido en la respuesta a los ítems que nos preocupan en este momento. Los mencionamos por el hecho que una parte del planteamiento de este estudio sólo se entiende si se toma en consideración esta circunstancia. Por lo tanto, describiremos a continuación el desarrollo metodológico total del proyecto.

2.2. Construcción y elaboración de las escalas.-

Se elaboraron en total ocho escalas con cien a ciento veinte ítems cada una. Las escalas incluyen las siguientes agrupaciones temáticas:

- Criterios, características demográficas e "ítems detectores de mentiras":

Escala A: Frecuencia y cantidad de consumo, que estudia por separado el consumo de vino, cerveza y bebidas de alta gradación alcohólica ("fuertes" - más de 30°), con 18 ítems.
Características demográficas, que obtiene datos acerca de la edad, sexo, clase social, etc., de los sujetos de las muestras, con 12 ítems.

Escala B: Problemas causados por el consumo alcohólico, que interroga acerca de problemas sociales, profesionales o laborales, económicos, jurídicos, fisiológicos y psíquicos, con 78 ítems.
Ítems detectores de mentiras, mezclados con ítems relevantes; 9 ítems.

- Covariables directas:

Escala C: Normas y actitudes ante el consumo de alcohol, los alcohólicos y los abstemios, con 118 ítems.

Escala D: Motivación para el consumo, que incluye los de terminantes del aumento y disminución en la ingestión de alcohol, con 118 ítems.

Escala E: Patrones y circunstancias de consumo alcohólico, con 114 ítems.

Escala H₂: Efectos inmediatos del alcohol, que interroga acerca del estado general del sujeto después de un consumo elevado de alcohol, evaluado a través de dos perfiles polares (tipo Diferencial

Semántico) idénticos para cada caso, con 32 ítems, respectivamente.

Además se encuestaron las covariables indirectas, por medio de la Escala F (Circunstancias actuales de vida y repertorio conductual), de la Escala G (Biografía general y biografía del consumo de alcohol) y de la Escala H₁ (Inseguridad social y laboral), la cual se presentó junto con la Escala H₂.

Las escalas se respondían en hojas IBM especiales, para facilitar la evaluación a través de ordenadores. Los contenidos de las escalas se describen en detalle antes de dar a conocer los resultados respectivos.

Los temas de las escalas surgen de las variables centrales de una serie de teorías. Para la estructuración y formulación de ítems referentes a estos temas procedimos de la siguiente manera: Revisamos la bibliografía acerca del tema, así como todos los cuestionarios accesibles a nosotros y relacionados con nuestro área de interés, en busca de ítems adecuados. Para los aspectos presentes sólo en la bibliografía, se realizaron sesiones de "brain-storming" dentro del grupo. Se fijaron individualmente las categorías de respuesta para cada cuestionario. Estas debían ser lo más homogéneas posible dentro de cada escala, aunque este requisito no se pudo cumplir en todas las ocasiones, por las especiales características de los ítems. Las mayores dificultades surgieron en la determinación de las categorías de respuesta para los diferentes problemas causados por el consumo, puesto que teníamos pocos datos acerca de la frecuencia empírica. Las categorías se determinaron, finalmente, mediante estudios piloto (encuestas en los bares de Munich). En los cuestionarios se utilizaron generalmente categorías de frecuencia con cuatro posibilidades de respuesta, para evitar la desviación hacia el centro neutral. Para la cons

trucción de los items nos atuvimos a las reglas usuales.

2.3. Obtención de la muestra.-

Para conseguir sujetos de la población normal, se establecieron contactos por escrito, telefónicos y personales con ejecutivos de empresas particulares, de la administración pública y de diversas instituciones, intentando obtener la más amplia dispersión de las personas encuestadas, de acuerdo con los datos primarios socioecológicos. Además, se incluyeron determinados grupos extremos, o, dicho de otro modo, grupos de alto riesgo (personas sin hogar, que vivían de la Beneficencia, trabajadores de la construcción, empleados de fábricas de cerveza).

Para obtener una muestra de pacientes alcohólicos, se establecieron contactos con los centros psiquiátricos de Haar, cerca de Munich, y de Guenzburg, como también con varios centros especializados en pacientes alcohólicos, tanto en Baviera como en Baden-Wuerttemberg, así como con la Policlínica del Instituto Max-Plank de Psiquiatría, de Munich.

2.4. Realización del estudio.-

Como el conjunto de los cuestionarios era demasiado amplio para que lo contestara una sola persona, se distribuyeron las escalas de la siguiente manera: Cada persona encuestada recibió ambas escalas criterioles y una de las escalas de covariables directas, junto con las instrucciones, en un sobre. Los sobres se ordenaron previamente, de tal manera que cada sexta persona encuestada recibiese la misma escala de covariables. (Por ejemplo: Sujeto 1 recibe los cuestionarios A, B, y C; Sujeto 2, los cuestiona-

rios A, B y D; Sujeto 3, las escalas A, B y E, etc.). De este modo, se limitó el número de preguntas a contestar por persona a alrededor de 250, pudiéndose, por otra parte, determinar las correlaciones con los criterios para todas las covariables y obteniéndose para todos los cuestionarios un muestreo de todos los sectores. En la mayoría de los casos, las escalas las distribuyeron los consejeros de cada empresa, o los jefes de personal, a sus trabajadores, recogiendo luego anónimamente, en sobre cerrado (cuota de reintegro: 64%).

En ocasiones, se modificó ligeramente el procedimiento: En algunos casos, se repartieron los cuestionarios durante reuniones del personal de la empresa en cuestión, para ser rellenos en ese mismo momento, o, las personas encuestadas los enviaron personalmente al Instituto Max-Planck. En el caso de los pacientes alcohólicos y de los que vivían de la Beneficencia, se tuvo que modificar el método, porque muchos de ellos fueron incapaces de responder por su cuenta las escalas. En estas ocasiones, uno de los encuestadores les ayudó, leyéndoles las preguntas y marcando las respuestas de acuerdo con las indicaciones de los sujetos. Las personas que vivían de la Beneficencia fueron las únicas que recibieron una compensación económica por responder (DM 5.- por persona).

Así se obtuvo una muestra total de 1.512 personas, unas 1.300 personas "normales" y unos 200 alcohólicos diagnosticados. La muestra de personas "normales" se compuso de 15 grupos, y la de alcohólicos, de 8 grupos, tal como refleja el Cuadro 4. A través del procedimiento utilizado en el reparto de los cuestionarios, existen, por lo tanto, datos acerca de las características demográficas, de los criterios y de los ítems detectores de mentiras para todas las 1.512 personas encuestadas, mientras que las distintas escalas de covariables fueron respondidas respectivamente por unas 250 personas, que se distribu-

yeron entre las diferentes muestras.

- Colocar aquí Cuadro 4 -

2.5. Elaboración de los datos y análisis estadístico.-

- Para la elaboración de los datos se siguieron los pasos que a continuación se detallan:

- 1) Elaboración de programas para la computadora;
- 2) Clasificación y corrección de las hojas de respuesta (repaso de las marcas a lápiz, para facilitar la lectura por IBM);
- 3) Perforación de los datos con lector de marcación IBM 1232;
- 4) Introducción de los cerca de 1.000 items a la computadora y lectura de los datos;
- 5) Comprobación de los errores en la introducción de datos y corrección de los mismos.

- Los datos así elaborados se sometieron a los siguientes análisis estadísticos:

Análisis 1: Estudio de las características demográficas (variables de control).

- 1) Cómputo de frecuencia de las categorías de respuestas en todos los items, sobre todas las muestras; representación gráfica de las variables de control (histograma).
- 2) Correlación y análisis factorial de las variables de control entre sí.
- 3) Determinación de la influencia de las variables de control sobre los criterios y covariables: Correlaciones con todas las puntuaciones o factores criterioales y con todos los factores de las covariables (ver más abajo).

Cuadro 4: Composición de las muestras utilizadas

Muestras de la población general	n° de cuestionarios respondidos	% de la muestra total
Messerschmidt-Boelkow-Blohm	129	8'5
Gienger Sanitäranlagen	17	1'1
Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank	166	11'0
IBM	105	6'9
Frauenwohnheime	17	1'1
Lodenfrey	26	1'7
Innungskrankenkasse	31	2'5
Pfanni-Werke	14	0'9
Obdachlosenasyll	59	3'9
Bundesbahn-Ausbesserungswerke	245	16'2
Bundespost	285	18'8
Bayerisches Landesamt für Umweltschutz	48	3'1
Soeffing KG, Essen	85	5'6
Loewenbräu / Thosti-Bauarbeiterwohnheim	17	1'1
Siemens-Kurklinik	64	4'2
	<u>1308</u>	<u>86'6%</u>

Muestras de alcohólicos diagnosticados	n° de cuestionarios respondidos	% de la muestra total
Hospitales: Annabrunn, Roemerhof, Ringenhof, Hoechsten, Gauting	135	8'9
Hospitales psiquiátricos: Haar, Guenzburg, Policlínica del Instituto Max Plank de Psiquiatría	58	3'8
	<u>11</u>	<u>0'7</u>
	<u>204</u>	<u>13'4%</u>

Análisis 2: Estudio de los criterios.

- 1) Determinación de los criterios de consumo:
 - Frecuencia de consumo (A_{13} hasta A_{15}): Cada persona encuestada recibió, para cada una de las tres clases de bebida, un valor que refleja la frecuencia de consumo correspondiente. Se hizo una ponderación simplificada de las posibilidades de respuesta para cada ítem.
 - Cantidad de alcohol consumida: El análisis factorial de todos los niveles de respuesta acerca de cantidad justificó cuatro valores globales por persona: Cantidad de cerveza, de vino, de "bebidas fuertes" y abstinencia (cantidades mínimas de los tres tipos de bebida) (A_{31} a A_{34}).
 - Adicionalmente, se sumaron los valores de cantidad y frecuencia, obteniéndose de esta manera una "puntuación global de consumo" (A_{35}).
- 2) Análisis factorial del cuestionario acerca de problemas ocasionados por el consumo de alcohol (Criterios B, 3 factores).
- 3) Validación de los diferentes criterios entre sí. Correlaciones de los criterios de A (frecuencia y cantidad) y B (problemas causados por el consumo) entre sí. Correlación de todos los criterios A descritos (A_{13} , A_{14} , A_{15} , y A_{31-35}), con los factores B y los ítems de B por separado.

Análisis 3: Estudio de las covariables.

- 1) Análisis factorial de las escalas (C - H) referidas a las covariables del consumo problemático. Comparación de varios procedimientos de extracción para mejorar la estructura de los factores. Interpretación del contenido de los factores. Determinación de la varianza explicada por los ítems en cada factor y extracción de

una lista representativa de ítems de cada factor.

- 2) Validación de los factores de las covariables:
 - Correlaciones entre todos los factores de covariables (e ítems individuales) y puntajes de los criterios A y B (factores e ítems).
 - Determinación de la correlación múltiple entre los factores de cada uno de los cuestionarios de covariables y los distintos criterios (para todas las escalas de covariables).
- 3) Selección orientada en base a los criterios de las covariables del consumo problemático: Independientemente de los resultados del análisis factorial, se seleccionaron los ítems de las escalas por medio de una regresión múltiple, para la predicción de los criterios (tres escalas). Determinación de las correlaciones múltiples entre estos ítems y los criterios.

Análisis 4: Estudio de las diferencias entre grupos.

- 1) Formación de los grupos: Alcohólicos, bebedores con problemas, bebedores normales.
Criterios de selección:
 - Para alcohólicos: Pertenencia a una de las muestras de alcohólicos o respuesta afirmativa ante la pregunta: "¿Ha estado Ud. sometido a un tratamiento para alcohólicos?";
 - Para bebedores con problemas: Obtención de un puntaje igual o superior a .65 en uno de los factores B (el valor de .65 se eligió porque el 20% extremo de las muestras de la población general cae en esta puntuación);
 - Para bebedores normales: Elección al azar entre los restantes encuestados.

Se eligió esta forma de agrupación independientemente de los criterios A de consumo (frecuencia y cantidad),

con el fin de investigar relaciones no-lineales entre conducta frente al alcohol y covariables (análisis de varianza, ver más abajo).

- 2) Diferencias entre los grupos: Análisis de varianza y test t entre los grupos "alcohólicos", "bebedores con problemas" y "bebedores normales", para detectar diferencias significativas entre ellos en los factores criterios y de covariables, y en los items individuales de los criterios A y B, así como en las variables de control. En el caso de las variables de control discontinuas (nominales), se utilizó el test de χ^2 .

2.6. Limitaciones del valor informativo.-

Ya se explicó anteriormente con detalle el valor de las afirmaciones científicas que pueden hacerse en base a este tipo de investigaciones. Habiendo presentado nuestro diseño, se pueden añadir aún los siguientes comentarios:

Respecto a la representatividad, en base a un primer estudio de los datos se conocían, antes de los análisis, las siguientes características demográficas de la muestra: Los sujetos provenientes de la población general fueron casi exclusivamente personas residentes en Baviera y principalmente, muniquenses, puesto que se establecieron fundamentalmente contactos con empresas de la región de Munich. Solamente 149 personas, es decir, un poco más del 10%, residían en el momento del estudio en otras regiones de Alemania Federal. Las personas diagnosticadas como alcohólicas residían en ese momento en las respectivas instituciones de Baviera y Baden-Wuerttemberg. A juzgar por el área de atención hospitalaria que cubrían estas instituciones, también fueron sujetos residentes

principalmente en el Sur de Alemania Federal, aunque no solamente en el área de Munich.

Puesto que los sujetos fueron casi exclusivamente empleados de empresas estatales o privadas (excepto los que vivían de la Beneficiencia y una parte de los alcohólicos), la población no-profesional (como, por ejemplo, los estudiantes, las amas de casa y los jubilados), prácticamente no está representada, como tampoco están representadas las profesiones liberales y profesionales independientes. Además, la obtención de la muestra a través de empresas determina también un límite de edad. Según el reglamento legal acerca del límite de edad laboral en Alemania, no participan en nuestra muestra personal menores de 14 ó 15 años, ni tampoco sujetos mayores de 65 años. Pero esto corresponde en gran parte a nuestra intención, ya que deseábamos estudiar la población que habitualmente consume más alcohol. El comienzo del consumo de alcohol habitual (más que esporádico) parece coincidir en nuestra sociedad con el inicio de la vida laboral, seguramente porque representa a la vez la adopción del rol de adulto (es evidente que también coincide con la entrada en un centro de estudios superiores, tal como la Universidad, pero esta población por desgracia no se pudo incluir). También parece que el consumo de alcohol, así como los problemas causados por su ingestión, disminuyen significativamente en personas mayores de 65 años (CAHALAN, 1970; ZIMBERG, 1974). En todo caso, es difícil realizar un labor preventivo en los niveles superiores de edad.

Otra característica de la muestra reside en el hecho que los sujetos son exclusivamente voluntarios y sólo se puede especular acerca de sus motivos, puesto que, salvo los sujetos acogidos a la Beneficiencia, no recibieron compensación económica. Según nuestras observaciones, también influyeron en gran medida procesos de dinámica de grupos, determinados principalmente por la actitud de los directi

vos de las empresas frente a la investigación, y por las relaciones existentes entre los directivos y los empleados. No nos fue posible detectar posibles mecanismos de selección dentro de cada una de las empresas, por el carácter anónimo de las respuestas. Sólomente se interrogó a las personas acerca de su propio comportamiento y sus propios puntos de vista y no directamente acerca de las normas del ambiente social y que posiblemente fueron importantes en algunos casos. Hemos intentado al menos averiguar las normas y el comportamiento del entorno social en la medida en que las percibe directamente el sujeto. Por este motivo, como también por la circunstancia de que se trata de un corte transversal, no se puede detectar claramente una estructura interaccional. Por diseño mismo, hay que destacar que las relaciones entre las diferentes covariables no pueden hacerse visibles. Esto es, con toda seguridad, un déficit muy serio, porque de esta manera no sabemos qué redundancia poseen los datos obtenidos. Teóricamente, es posible que sus intercorrelaciones sean tan altas que ya no puedan considerarse como aspectos diferentes, o que, al menos, se reduzca el número de aspectos diferentes. Sin embargo, la repartición de las escalas de covariables entre los sujetos fue un paso necesario, porque el trabajo de responder a todos los ítems hubiera sobrepasado ampliamente la capacidad de una persona y no pesamos, en ese momento, ningún criterio para su reducción. Este paso quedó reservado para la validación cruzada, con lo cual se continuó el proyecto global. Sin embargo, no es previsible que los resultados se modifiquen significativamente en la validación cruzada, puesto que la muestra empleada en esta primera parte fue, en primer lugar, muy amplia y, en segundo lugar, se compuso de muchas muestras individuales heterogéneas.

También se debe tener en cuenta en el diseño estadístico que, en la mayoría de los casos, sólo permite la de

tección de relaciones simples, lineales y correlativas. Las relaciones más complejas que puedan existir no pueden detectarse con esta forma de análisis. Para ello, se deberían extraer ítems individuales y aplicar métodos mucho más complejos. Esto se puede realizar con el material de datos ya existente y se está llevando a cabo, de hecho, en base a varias tesinas de licenciatura.

Por estas razones, los datos descritos a continuación no agotan el material obtenido, sino que describen solamente las relaciones más simples que se pueden detectar en él.

3. RESULTADOS

3.1. Características demográficas de la muestra (variables de control).-

En este apartado resumiremos los datos biológicos (sexo y edad), los datos referentes a la situación familiar (estado civil, número de hijos, número de personas que conviven en un hogar), los datos socioeconómicos (formación escolar, profesión o cualificación del empleo, pertenencia subjetiva a una clase social). Además, se averiguó el número de habitantes de la población en la cual creció cada sujeto.

Veremos primeramente una descripción general de las respuestas en los ítems correspondientes, que servirá para la caracterización de la muestra global.

3.1.1. Sexo y edad.

En la muestra total participaron 1.148 hombres (76,13%) y 360 mujeres (23,87%). De ello se obtiene una relación entre hombres y mujeres de 3,2:1. Una proporción casi idéntica aparece en la muestra parcial de "alcohólicos". En el

caso de los alcohólicos, tal proporción se estableció intencionalmente, puesto que consideramos que correspondía a la proporción real, por lo menos en lo que se refiere a la población general. Por ello, deberá procurarse mayor representación de las mujeres en una validación cruzada, aunque las mujeres actualmente formen una población menor del sector laboral, así como de los bebedores con un consumo más elevado.

- Colocar aquí Figura 2 -

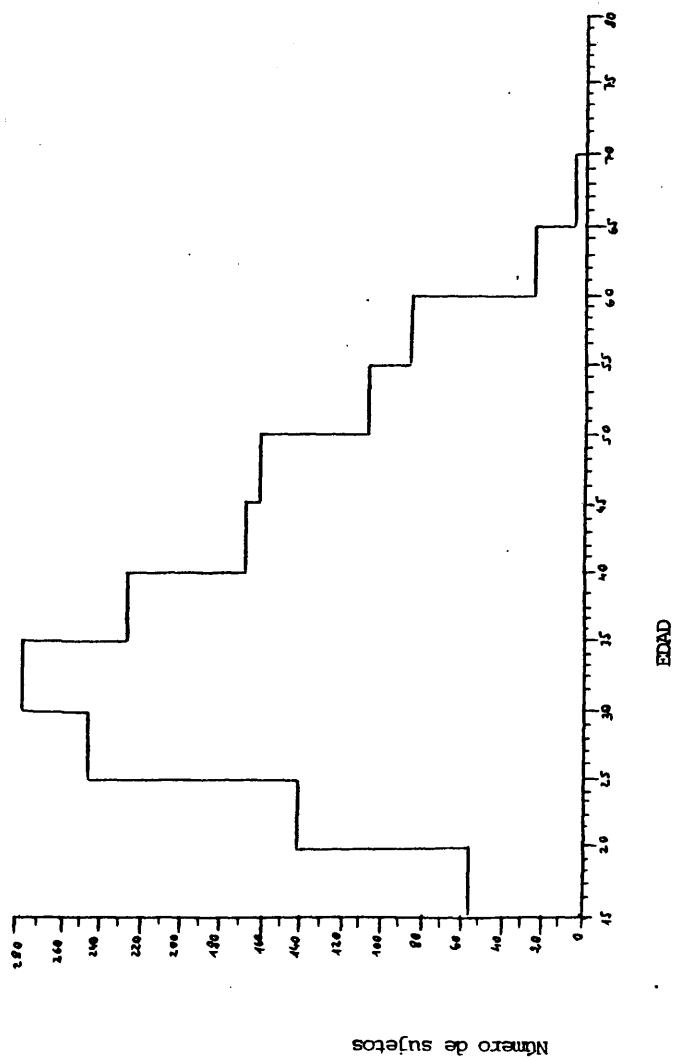
La distribución según edad en la muestra total se presenta en la Figura 2, en la cual se establecieron 11 grupos, de cinco en cinco años. La distribución va desde los quince hasta los setenta años. Como era de esperar, no participaron grupos de edad más jóvenes o mayores, puesto que la muestra consta casi exclusivamente de personas en edad laboral. Como puede verse, la distribución está algo inclinada hacia la izquierda, o sea, hacia los grupos jóvenes; especialmente los sujetos entre los 25 y los 40 años están más representados que los demás. La media aritmética de la distribución está en los 37,9 años; la mediana, en los 36 años; la moda, en los 32,5 años y la desviación típica, es de 11,1.

Los demás ítems contenidos en estas escalas, referentes a peso y estatura, se excluyen aquí, puesto que sólo son de interés para la parcialización de las variables de sexo y sólo en tanto sirven para calcular la relación entre peso y volumen de consumo alcohólico.

3.1.2. Situación familiar.

La distribución en las distintas categorías se puede observar en el Cuadro 5.

Figura 2: Distribución de la muestra según la edad



- 191 -

- Colocar aquí Cuadro 5 -

3.1.3. Nivel socioeconómico.

El nivel socioeconómico de los sujetos que componen la muestra global se midió en base a cuatro temas: nivel educativo alcanzado, tipo de ocupación laboral, ingreso mensual neto y pertenencia subjetiva a una clase social. Los resultados están resumidos en los siguientes cuadros:

- Colocar aquí Cuadro 6 -

- Colocar aquí Cuadro 7 -

- Colocar aquí Cuadro 8 -

- Colocar aquí Cuadro 9 -

3.1.4. Número de habitantes de la población de origen.

Con el fin de detectar la proveniencia rural, de pequeña o de gran ciudad, de los sujetos, se les consultó acerca del número de habitantes del lugar en que pasaron su infancia y juventud. Los resultados se pueden observar en el Cuadro 10.

- Colocar aquí Cuadro 10 -

3.1.5. Comparación de la muestra con datos estadísticos oficiales.

Para obtener una idea de la medida en que nuestra muestra se correspondía con la estructura de la población general, revisamos la información del Anuario Estadístico y

Quadro 5: Situación familiar (distribución de las respuestas en cada categoría)

<u>Estado civil</u>	<u>%</u>	<u>n</u>
Solteros	28'11	425
Casados	63'43	959
Divorciados	6'68	101
Viudos	0'99	15
Separados	0'79	12

<u>Número de hijos</u>	<u>%</u>	<u>n</u>
0	46'26	698
1	25'38	383
2	18'42	278
3 ó 4	8'28	125
5 ó más	1'66	25

Convivencia (distribución de las respuestas a la pregunta:
"¿Con quién vive Vd.?")

	<u>%</u>	<u>n</u>
Solo	18'29	276
Con cónyuge y/o hijos	64'35	971
Con los padres	10'01	151
Con parientes	0'86	13
Con otras personas	6'49	98

Cuadro 6: Nivel socioeconómico: nivel educativo alcanzado

	s	n
Escuela Especial para Subnormales (ECB)	0'86	13
ECB (Primera Etapa)	45'48	687
ECB (Segunda Etapa)	26'80	405
BUP	8'34	126
Escuela Técnica Superior	11'52	174
Licenciatura, etc.	7'02	106

Cuadro 7: Nivel socioeconómico: Tipo de ocupación laboral (Respuestas a la pregunta: "¿En cuál categoría incluiría Ud. el trabajo que desempeña actualmente?")

	%	n
a. Trabajo subordinado no-especializado	5'24	79
b. Trabajo que necesita un tiempo de aprendizaje	28'16	425
c. Trabajo con título de "Maestro especializado"	4'51	68
d. Trabajo subordinado especializado (vendedor, contable, secretaria, etc.)	28'69	433
e. Directivo menor (Jefe de obras, Secretario Jefe, etc.)	7'55	114
f. Directivo medio (Director de Sucursal, Jefe de Sección, etc.)	14'31	216
g. Directivo alto (Médico Jefe, Oficial Superior, etc.)	1'19	18
h. Función especial que requiere una finalización del BUP	4'24	64
i. Trabajo o profesión independiente	1'46	22
j. Ninguno de los anteriores (aún estudiando, otras funciones)	4'64	70

Cuadro 8: Nivel socioeconómico: Ingresos netos mensuales

	<u>g</u>	<u>n</u>
Bajo 500 DM	3'51	53
500 - 800 DM	5'31	80
800 - 1.100 DM	21'95	331
1.100 - 1.600 DM	35'54	536
1.600 - 2.100 DM	15'12	228
2.100 - 3.000 DM	9'88	149
3.000 - 5.000 DM	3'98	60
5.000 - 10.000 DM	0'53	8
Sobre 10.000 DM	0'33	5
Ningún ingreso	3'85	58

Quadro 9: Nivel socioeconómico: Pertenencia subjetiva a una clase social

	<u>%</u>	<u>n</u>
Clase alta	1'06	16
Clase media	33'91	512
Clase media-baja	39'21	592
Clase obrera	24'77	374
Clase baja	1'06	16

Quadro 10: Número de habitantes de la población de origen

<u>n° de habitantes</u>	<u>%</u>	<u>n</u>
Bajo 100	1'53	23
100 - 500	3'98	60
500 - 2.000	11'61	175
2.000 - 5.000	9'56	144
5.000 - 10.000	8'83	133
10.000 - 20.000	7'23	109
20.000 - 50.000	7'70	116
50.000 - 100.000	5'57	84
100.000 - 500.000	8'23	124
Sobre 500.000	35'77	539

del libro "Alemania en números", comparándolas con nuestros datos y dando preferencia a la información existente acerca de Baviera. Hemos encontrado datos comparativos para las siguientes variables de control: sexo, edad, estado civil, número de hijos y nivel escolar alcanzado. Por el contrario, ni pudimos obtener datos para comparar los temas: "personas que conviven en el hogar", "pertenencia subjetiva a una clase social", "ingresos mensuales netos", "tipo de ocupación laboral", o "número de habitantes del lugar de origen". Estos datos, o no se encuestaron en los censos, o las categorías de respuesta eran demasiado diferentes de las nuestras. El Cuadro 11 presenta una comparación de los datos, expresados en porcentajes, de cada una de las categorías, apareciendo en la parte izquierda las puntuaciones procedentes de la estadística general de la población y, en la derecha, los porcentajes procedentes de nuestra muestra. La información acerca de la estadística general procede del Anuario Estadístico; solamente la información acerca de la variable "edad" se extrajo del libro "Alemania en números".

- Colocar aquí Cuadro 11 -

En cuanto a los ingresos netos, solamente pudimos encontrar una indicación comparable, según la cual, los ingresos medios del empleado alemán son de DM 941, si se calcula una media para toda Alemania Federal y de DM 1.241, si se considera sólo Munich. Estos datos concuerdan con nuestro valor medio, que establece un ingreso neto medio entre 1.100 y 1.500 DM.

Como se puede observar en base a los datos del Cuadro 11, nuestra muestra parece corresponder relativamente bien a la estructura de la población. Naturalmente que esta afirmación no vale para la variable "sexo", como ya explicamos anteriormente. Además, hay una discrepancia notable en la

Cuadro 11: Comparación entre las variables de control y los datos obtenidos en las estadísticas alemanas

<u>Variable</u>	<u>Estadística general</u>	<u>Datos propios</u>
1) <u>Proporción entre mujeres y varones</u> (desde los 15 años)	1'06:1'00	1:3'2
2) <u>Edad</u> (entre 15 y 70 años)	<u>%</u>	<u>%</u>
15 - 20 años	7'7	3'7
20 - 25	9'1	9'4
25 - 30	11'1	16'3
30 - 35	11'8	18'6
35 - 40	9'4	15'1
40 - 45	9'5	11'2
45 - 50	9'3	10'7
50 - 55	6'0	7'2
55 - 60	9'1	5'8
60 - 65	8'9	1'6
65 - 70	7'6	0'4
3) <u>Estado civil</u> (entre 15-70 años)	<u>%</u>	<u>%</u>
Soltero	22'5	28'1
Casado	68'5	64'2
Viudo	5'1	1'0
Divorciado	2'5	6'7
4) <u>Nº de hijos</u> (Baviera; en cada hogar)	<u>%</u>	<u>%</u>
0	45'9	46'2
1	23'9	25'4
2	17'8	18'4
3 ó 4	10'0	8'3
5 ó más	1'7	1'6
5) <u>Estudios realizados</u> (Baviera)	<u>%</u>	<u>%</u>
EGB (Primera Etapa)	78'0	46'3
EGB (Segunda Etapa)	8'6	26'8
BUP	2'2	8'3
Escuela Técnica	8'6	11'5
Licenciatura	2'9	7'0

variable del nivel escolar alcanzado, concretamente en las categorías de "Primera etapa de E.G.B." y "Segunda etapa de E.G.B." (correspondientes a "Volksschule" y "Mittlere Reife", en Alemania Federal). Según estos datos, las personas que alcanzaron "Segunda etapa de E.G.B." es tán sobre-representados en nuestra muestra en comparación con los que alcanzaron sólo "Primera etapa de E.G.B.". Esto puede deberse a la sobre-representación de varones y a la sub-representación de sujetos de mayor edad, pues to que, según parece, en Alemania Federal el nivel de for mación de los hombres de generaciones más jóvenes es, en general, más alto que el de las mujeres y el de los hom bres de mayor edad.

Por los demás, la distribución de edad de la muestra concuerda bastante bien con los diferentes sectores de la población. También en la población general se observa el mayor número de sujetos entre los 25 a 30 años. Sin embargo, nuestra curva sube algo más abruptamente.

Llaman la atención, por otra parte, las coincidencias que existen en las variables "estado civil" y "número de hijos".

3.1.6. Resumen de los datos demográficos.

Hemos descrito las características generales demográficas de la muestra de 1.300 personas procedentes de la población general y de 200 alcohólicos diagnosticados; es tas características se obtuvieron por la elección de la muestra y además, por el análisis de las 10 variables de control. Hemos comparado los datos, para un control de la representatividad, con los datos de la estadística general de la población. A causa del procedimiento principal utilizado para la selección de los sujetos, nuestra muestra se compone casi exclusivamente de personas que trabajan, con una edad entre los 15 y los 70 años. La cuarta parte

de los sujetos son mujeres. Según la distribución en la población general, las mujeres están muy sub-representadas, no así, sin embargo, si se compara la distribución de la muestra con la distribución en la población de alcohólicos o bebedores más asiduos.

Además, se pudo realizar una comparación con la distribución en la población general de las variables "edad", "estado civil", "número de hijos" y "nivel escolar alcanzado". Se comprobó que la muestra concuerda bastante bien en estas variables con la estructura general de la población, a excepción de una sobre-representación de personas que terminaron "Segunda etapa de E.G.B."

En resumen, se puede constatar que, pese a que no se utilizó un procedimiento directo para lograr la representatividad de la muestra (es decir, un procedimiento concreto de muestreo al azar o un procedimiento de selección realizado de antemano en base a cuotas representativas), se consiguió un espectro amplio y una distribución a lo largo de todas las categorías de las variables de control.

3.2. Resultados referentes a las variables de criterio.-

3.2.1. Elección de criterios.

Elegimos como criterios del consumo problemático:

1) Nivel de consumo alcohólico (Criterios A): se utilizaron dos parámetros de consumo, frecuencia y cantidad. Las posibilidades de respuesta se dividieron de modo de abarcar el espectro total (desde la abstinencia total hasta el consumo extremo de alcohol), como también cualquier otra clase de combinación y variabilidad intraindividual posible en este parámetro (por ejemplo, beber frecuentemente pequeñas cantidades o beber pocas veces grandes cantidades). Estos índices de frecuencia y cantidad se capta ron individualmente para las tres principales clase de be

bidas (vino, cerveza y bebidas "fuertes).

2) Problemas causados por el consumo de alcohol (Criterios B): El segundo complejo de criterios abarca una serie de problemas que pueden aparecer en las diferentes áreas de vida en relación con la ingestión de alcohol, siempre que sean accesibles en base a la autoevaluación. Estos (78) problemas ocasionados por el consumo de alcohol abarcaron los "clásicos" síntomas del alcoholismo (por ejemplo, pérdida de control, malestar por las mañanas, aumento y descenso de la tolerancia), así como también problemas más o menos graves de índole hasta ahora inespecífica. Estas consecuencias del consumo, que según cada sujeto pueden considerarse como problemáticos o deseables, se formularon de modo que sólo se recogen cuando se evalúan negativamente. Así, por ejemplo, uno de los ítems rezaba de la siguiente manera: "Cuando bebí alcohol, me sentí más excitado sexualmente de lo que me es agradable".

La siguiente descripción facilitará una impresión global acerca del contenido de esta escala:

Descripción de la escala "Problemas causados por el consumo de alcohol":

- 1) Problemas sociales: Conflictos con amigos, conocidos, compañeros de trabajo y demás personas del entorno social; discusiones, alteraciones sexuales y agresiones, rompimiento de relaciones.
- 2) Problemas laborales: Deficiente eficacia en el trabajo, ausentismo, cambio de empleo y descenso profesional.
- 3) Problemas económicos: Elevados gastos por el consumo de alcohol y derroche de dinero bajo influencia del alcohol, limitación en otras esferas de vida, contraer deudas.
- 4) Conflictos con la ley: Embriaguez al conducir, delitos bajo influencia del alcohol.

- 5) Problemas de salud: Enfermedades específicamente atribuibles al consumo de alcohol, de índole psiquiátrica y no-psiquiátrica; accidentes, descenso del estado general de salud, inapetencia.
- 6) Dependencia fisiológica y tolerancia: Mayor tolerancia del alcohol, pérdida del conocimiento, síntomas pasajeros de privación.
- 7) Problemas psíquicos: (Percepción subjetiva de problemas): Ocultamiento de la cantidad bebida, sentimientos de culpabilidad, intentos inútiles de reducir el consumo de alcohol, peticiones de ayuda, miedo a la dependencia, pensamientos de suicidio, preocupación por el alcohol, pérdida de control.

3.2.2. Análisis de las variables criterioles.

1) Nivel de consumo de alcohol:

Como se mencionó anteriormente, preguntamos por la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol. Las preguntas se referían especialmente a los dos últimos meses y, en el caso de los pacientes alcohólicos, a los dos últimos meses antes del tratamiento. En el caso de la cantidad, preguntamos también la variabilidad intraindividual. Sin embargo, tuvimos la impresión de que las preguntas referentes a cantidad y variabilidad eran demasiado complejas para una serie de sujetos, por lo cual no deberían interpretarse en forma estrictamente literal. Se consideró recomendable seguir un formato más sencillo de preguntas en la validación cruzada.

(a) Frecuencia de consumo:

La Figura 3 presenta una descripción gráfica de la distribución por frecuencias de las diferentes clases de bebida alcohólica, en relación con la muestra total. El Cuadro 12 presenta el mismo cómputo en puntuaciones por-

centuales. En la Figura 3 se observa en seguida la diferente distribución según clase de bebida. La frecuencia de consumo de cerveza es claramente mayor que la de vino y la de bebidas "fuertes". En el caso de la cerveza se observa una distribución casi normal a lo largo de las categorías, estando más ocupadas las categorías de frecuencia media.

- Colocar aquí Figura 3 -

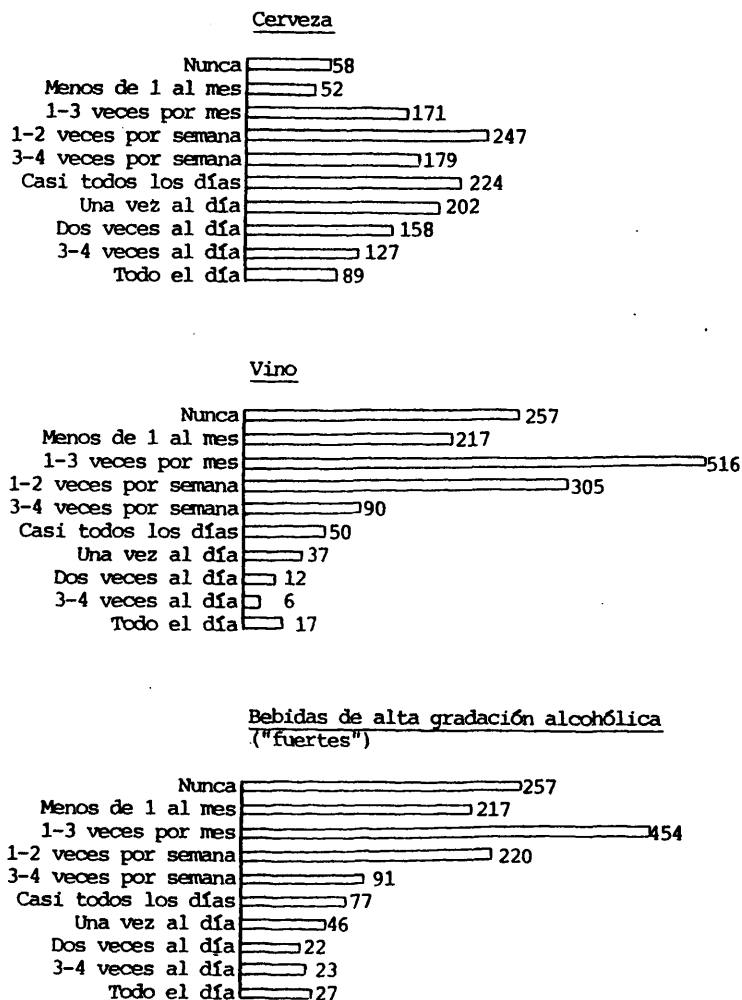
- Colocar aquí Cuadro 12 -

Las distribuciones de consumo de vino y de bebidas "fuertes" se diferencian claramente de la de consumo de cerveza, pero son muy similares entre sí. Las frecuencias mínimas están más ocupadas que las máximas. La frecuencia modal en estas dos clases de bebida es de 1 a 3 veces por mes. A esta categoría pertenece el 34'24% de los sujetos que consumen vino y el 30'77% de los que consumen bebidas "fuertes". Hay que constatar que las tres frecuencias son aditivas con respecto a la frecuencia de consumo. Consumidores de cerveza pueden beber adicionalmente vino y bebidas "fuertes", en igual, mayor o menor cantidad.

El hecho que la frecuencia de consumo de cerveza sea mucho más alta que la de las restantes bebidas, se debe seguramente a que esta investigación se realizó principalmente en Baviera.

La distribución de la frecuencia de consumo coincide sorprendentemente con los datos de WIESER (1973), para Alemania Federal (ver Cuadro 1) y no solamente en cuanto a la distribución total de las frecuencias, sino también con respecto a los diferentes tipos de bebida. Solamente el consumo de cerveza es -en comparación con los datos de WIESER- más elevado, lo que también coincide con sus pro-

Figura 3: Distribución de la frecuencia de consumo



Cuadro 12: Distribución porcentual de la frecuencia de consumo

<u>Frecuencia</u>	<u>% Cerveza</u>	<u>% Vino</u>	<u>% Bebidas "fuertes"</u>
Nunca	3'85	17'05	19'16
Menos de 1 vez al mes	3'45	14'04	16'51
1 - 3 veces al mes	11'35	34'24	30'77
1 - 2 veces por semana	16'39	20'24	14'59
3 - 4 veces por semana	11'88	5'97	6'03
Casi todos los días	14'86	3'32	5'11
Una vez al día	13'40	2'46	3'05
Dos veces al día	10'48	0'80	1'46
3 - 4 veces al día	8'43	0'40	1'53
Todo el día	5'91	1'31	1'59

prios resultados: En su investigación, los bávaros destacan por un consumo extremadamente elevado de cerveza (el 39% de los sujetos bávaros afirmaron beber diariamente cerveza). Cuando se suman las puntuaciones indicativas de consumo diario (Cuadro 12), se obtiene como resultado que el 38'2% de los sujetos beben cerveza por lo menos una vez al día.

Por otra parte, también WIESER comprobó que la cerveza es la bebida que más se consume en Alemania Federal y que es la bebida de los bebedores diarios y habituales. Por lo tanto, Baviera no representa solamente una población extrema.

Considerando el diferente carácter de nuestra muestra, en comparación con la de WIESER, sorprende la gran coincidencia de resultados, la cual nos permite afirmar que obtuvimos una muestra representativa respecto a la frecuencia de consumo y a las preferencias por los diferentes tipos de bebida. Tal vez se logró este resultado al influir en él dos distorsiones muestrales que se anularon entre sí: La muestra incluyó menos mujeres de lo usual (que normalmente consumen menos alcohol), pero más "alcohólicos" (que normalmente tienen una frecuencia elevada de consumo).

(b) Cantidad de consumo:

- Distribución porcentual de las cantidades consumidas:

El Cuadro 13 muestra la distribución porcentual de las cantidades consumidas en las tres clases de bebida. Como se puede ver, en general se prefieren más bien las cantidades menores: Se diferencia otra vez claramente el consumo de cerveza, frente al vino y las bebidas "fuertes". Evidentemente, se consumen cantidades mayores de cerveza, con más frecuencia y por más sujetos, que otro tipo de bebida. Estos datos también coinciden

con los resultados de WIESER (1973), según los cuales, la cerveza es la bebida preferida para conseguir un ligero estado de ebriedad (como se recordará, en ese estudio no se hicieron preguntas directas acerca de las cantidades ingeridas).

- Colocar aquí Cuadro 13 -

- Análisis factorial de la escala referente a cantidad de consumo:

Puesto que las puntuaciones anteriores nos parecieron aún demasiado complejas y poco claras, y puesto que no es posible deducir del Cuadro 13 las relaciones de los valores entre sí, hemos factorizado los resultados. Se obtuvieron así cuatro factores, que están representados, con sus saturaciones, en el Cuadro 14. Ellos explican, en conjunto, un 56% de la varianza total y son casi igualmente fuertes. Las cantidades mayores de consumo de cada clase de bebida forman claramente un factor (respectivamente, Qu_I , Qu_{III} y Qu_{IV}), mientras que las cantidades mínimas de cada bebida forman, en conjunto, un factor aparte (Qu_{II}). Al utilizar estos factores para formar una tipología, se puede afirmar que existen personas con una preferencia explícita por un tipo de bebida (bebedores de cerveza, bebedores de vino y bebedores de bebidas "fuertes") y un tipo de consumidores de alcohol que no muestra preferencia determinada por una bebida, sino que bebe lo que sea, pero solamente en pequeñas cantidades.

- Colocar aquí Cuadro 14 -

- Puntuaciones sumativas de las cantidades consumidas:
Partiendo del análisis factorial antes descrito, se su-

Quadro 13: Distribuição porcentual de las cantidades de consumo alcohólico (Respostas a la pregunta: "¿al beber alcohol en los últimos dos meses, cuántas veces ingirió Vd. ...?")

Cantidad	Nunca	A veces	En menos de la mitad de las ocasiones	En más de la mitad de las ocasiones	Cada vez que bebí
8 ó más vasos	C V BF 76'0 91'2 86'5	C V BF 12'1 4'4 6'7	C V BF 3'9 1'3 1'9	C V BF 3'6 1'3 2'0	C V BF 4'5 1'8 3'0
6 ó 7 vasos	74'1 88'5 86'3	14'2 6'9 7'3	4'5 2'3 2'6	3'8 1'3 1'9	3'5 1'1 1'9
4 ó 5 vasos	60'6 75'2 76'9	20'6 15'9 14'2	6'5 4'5 3'0	6'0 2'5 3'4	6'4 2'0 2'6
2 ó 3 vasos	33'7 40'1 47'8	29'6 31'2 30'2	10'7 8'5 7'4	12'7 11'6 8'0	13'4 8'7 6'5
1 vaso o menos	19'3 29'6 29'1	23'8 31'1 33'9	4'8 6'8 4'4	14'3 9'9 9'8	37'9 22'7 22'9

C = cerveza
V = vino
BF = bebidas "fuertes"

Cuadro 14: Análisis factorial de las cantidades de consumo alcohólico

<u>Variable (n° de vasos)</u>		<u>Saturaciones de los factores rotados</u>					
		Qu _I	Qu _{II}	Qu _{III}	Qu _{IV}	Comunalidad	
<u>Cerveza</u>	8 ó más	A(16)	0.607	-0.298	-0.195	-0.339	0.610
	6 ó 7	A(17)	0.798	-0.168	-0.171	-0.265	0.764
	4 ó 5	A(18)	0.867	-0.017	-0.134	-0.178	0.802
	2 ó 3	A(19)	0.702	0.201	-0.085	-0.056	0.543
	<u>1 ó menos</u>	A(20)	0.038	0.499	0.056	0.086	0.261
<u>Vino</u>	8 ó más	A(21)	0.120	-0.151	-0.672	-0.280	0.567
	6 ó 7	A(22)	0.188	-0.021	-0.769	-0.254	0.692
	4 ó 5	A(23)	0.168	0.185	-0.726	-0.126	0.605
	2 ó 3	A(24)	0.004	0.463	-0.405	-0.019	0.378
	<u>1 ó menos</u>	A(25)	-0.094	0.579	-0.055	0.013	0.348
<u>Bebidas "fuertes"</u>	8 ó más	A(26)	0.131	-0.191	-0.279	-0.690	0.608
	6 ó 7	A(27)	0.184	-0.002	-0.240	-0.809	0.746
	4 ó 5	A(28)	0.249	0.166	-0.152	-0.770	0.706
	2 ó 3	A(29)	0.192	0.390	-0.086	-0.508	0.455
	<u>1 ó menos</u>	A(30)	-0.032	0.583	0.020	-0.188	0.377
Valores propios		2.489	1.570	2.000	2.404	8.463	

Qu_I = cantidad de cerveza (A 31) - (Explicación de la varianza total = 16'6%)

Qu_{II} = cantidad mínima de alcohol (A 34) - (Explicación de la varianza total = 10'5%)

Qu_{III} = cantidad de vino (A 32) - (Explicación de la varianza total = 13'3%)

Qu_{IV} = cantidad de bebidas "fuertes" (A 33) - (Explicación de la varianza total = 16'0%)

maron las puntuaciones de las cantidades consumidas, para reducir los múltiples valores iniciales. Sumamos las respuestas dando la misma ponderación a los ítems de las cuatro cantidades más altas, pero separando los cálculos según el tipo de bebida. Además, sumamos las cantidades mínimas de todos los tipos de bebida. Estos valores se presentan a continuación como valores criterios simplificados para la cantidad de consumo (bajo las denominaciones: A_{31} = cantidad de cerveza, A_{32} = cantidad de vino, A_{33} = cantidad de bebidas "fuertes" y A_{34} = cantidad mínima de consumo alcohólico).

(c) Puntuación global de consumo:

Como valor del criterio simplificado, que resume los datos obtenidos, se formó con los valores de frecuencia y cantidad una puntuación global de consumo (denominada A_{35}).

2) Problemas más y menos frecuentes causados por el consumo de alcohol:

Para dar una primera impresión de la frecuencia con que aparecen en nuestra muestra los problemas causados por el consumo de alcohol antes descritos, hemos reunido en el Cuadro 15 la frecuencia porcentual de los problemas alcohólicos que se señalaron con mayor y menor frecuencia. Los porcentajes se refieren a los sujetos de la muestra total que respondieron estos ítems afirmativamente. Aquí no se consideró la frecuencia con la cual se presenta el problema en cada individuo.

Los problemas más frecuentes están ordenados de mayor a menor frecuencia, de acuerdo con los valores porcentuales. Por su parte, los problemas menos frecuentes se ordenaron de menor a mayor frecuencia.

- Colocar aquí Cuadro 15 -

Parecería, según estos resultados, que sobre todo los siguientes problemas son frecuentes en nuestra muestra:

- a) Aumento y disminución de la tolerancia al alcohol.
- b) Problemas debido al efecto inmediato del alcohol y a sus efectos posteriores.
- c) Amonestaciones por parte de la familia y sensación de gastar demasiado dinero en alcohol.

Los problemas relacionados con el alcohol que aparecen con menor frecuencia, se pueden resumir bajo los siguientes títulos:

- a) Exclusión social.
- b) Problemas económicos y laborales masivos.
- c) Graves delitos bajo efectos del alcohol.

Este resultado coincide con la hipótesis planteada anteriormente (y en parte también con los resultados de HORN y WANBERG, 1969), en sentido que los problemas alcohólicos más frecuentes son aquéllos que no se advierten públicamente, mientras que los problemas menos frecuentes son aquéllos que se consideran más graves y que son más fáciles de detectar.

- Análisis factorial de los problemas causados por el consumo de alcohol:

El análisis factorial de los 78 problemas ocasionados por la ingestión de alcohol produjo tres factores que explican el 49'2% de la varianza total. El 23'2% y el 19%, respectivamente, corresponden a los dos primeros factores y sólo el 7%, al tercero (ver Cuadro 16). Los dos primeros factores están claros respecto a su contenido, mientras que se hace difícil encontrar características comunes en el tercero.

Cuadro 15: Frecuencia porcentual de los problemas alcohólicos que se señalaron con mayor y menor frecuencia en la muestra total

<u>a) Problemas más frecuentes</u>	<u>% de respuestas afirmativas</u>
1) Cuando he bebido demasiado, se me nota	60'12
2) Puedo tolerar menos alcohol que antes	40'78
3) Tolero menos alcohol que la mayoría	37'23
4) Cuando estoy bebido, malgasto el dinero	33'97
5) A causa del alcohol, he estado mal de salud varios días seguidos	32'04
6) A veces no recuerdo lo que hice mientras estaba bajo influencia del alcohol	29'97
7) Mi familia me ha aconsejado beber menos	27'72
8) Creo que gasto demasiado en bebidas alcohólicas	25'05
9) Me he propuesto en vano dejar el alcohol	23'15
10) Tras haber bebido, me sentí más excitado, sexualmente, de lo que me es grato	22'21
11) A causa del alcohol tuve dificultades para terminar mi trabajo	22'15
 <u>b) Problemas menos frecuentes</u>	
1) Estando bajo influencia del alcohol he cometido un delito grave	1'25
2) Me han tirado de casa a causa de mi abuso del alcohol	2'71
3) A causa del alcohol no he aprobado, o no he podido presentarme a un examen	2'91
4) Me han anulado el contrato de alquiler de mi vivienda a causa de mis excesos alcohólicos	2'91
5) Gasté tanto dinero en alcohol, que otros tuvieron que trabajar por mí	3'30
6) A causa de mis excesos alcohólicos me han excluido de fiestas e invitaciones	3'31
7) He debido vender cosas para tener suficiente dinero para bebidas alcohólicas	4'16
8) A causa del alcohol he conseguido un peor puesto de trabajo	4'43
9) Mi pareja me abandonó por culpa de mis excesos alcohólicos	4'63
10) Me han prohibido la entrada a un lugar público a causa de mi consumo de alcohol	4'63
11) A causa de la bebida tuve dificultades en conseguir un préstamo	4'95

- Colocar aquí Cuadro 16 -

- Factor B_1 : "Crítica familiar y autocrítica frente al consumo de alcohol": Presenta ítems con saturaciones muy altas; las diez más altas están entre .71 y .78. En este factor muestran saturaciones altas sobre todo aquellos ítems que reflejan si el afectado, o sus familiares, consideran el consumo de alcohol como un problema, o si el consumo representa un foco de crítica, preocupaciones o discusiones familiares. Parece manifestarse aquí el proceso de problematización postulado anteriormente: Escrupulos, sentimientos de culpabilidad, autocrítica por la ingestión de alcohol; sensación de no poder controlar su conducta, unida a intentos vanos de modificarla; preocupación, consejos y reproches por parte del entorno social más cercano. Parecería que tanto la autocrítica, como los reproches de terceros, se refieren sólo al consumo de alcohol en sí: El consumo (relativamente) excesivo, el excesivo gasto de dinero en alcohol, etc., se ven sancionados negativamente. Por otra parte, la crítica no se refiere a infracciones externas de las normas sociales, al comportamiento antisocial y descuidado bajo efectos del alcohol, a desviaciones sexuales o agresiones. Este factor coincide con el factor "concern over drinking" detectado por ORFORD y POSTOYAN (1970). Sin embargo, en nuestro trabajo se añaden los reproches de familiares (que no se preguntaron en el trabajo citado). Naturalmente, el análisis factorial no permite decidir cuál de las dos reacciones provoca la otra. Ambas posibilidades son imaginables: Los reproches ajenos provocan autocrítica, puesto que el afectado se los toma muy a pecho o, la autocrítica provoca los reproches o despierta la sospecha del entorno más cercano. Lo más plausible es suponer

Cuadro 16: Factores obtenidos en los 78 problemas ocasionados por la ingestión de alcohol
(Escala B; N = 1507; % de v.e. = 49%)

Factor B_I

"Crítica familiar y autocrítica a causa del alcohol"
(% de v.e. = 23'2)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
33. Me he sentido culpable a causa de mis excesos alcohólicos	.78
7. Mi consumo alcohólico ha preocupado a mi familia	.77
14. Mi familia me ha aconsejado beber menos	.76
34. Me he propuesto en vano dejar el alcohol	.76
41. Creo que gasto demasiado dinero en alcohol	.75
20. He temido convertirme en dependiente del alcohol	.74
6. La bebida me ha deshecho los nervios	.73
16. He tenido la impresión de perder el control sobre mi consumo de alcohol	.72
29. Una vez que he comenzado a beber, no puedo dejarlo	.72
17. Tuve discusiones y peleas con mi familia a causa de mi consumo de alcohol	.72

Factor B_{II}

"Problemas laborales y económicos"
(% de v.e. = 19'0)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
45. A causa de la bebida he estado largo tiempo sin trabajo	.73
9. A causa de la bebida tuve dificultades en conseguir un préstamo	.72
59. He cambiado de trabajo al tener dificultades a causa de mi consumo de alcohol	.69
12. He pedido prestado dinero para comprar bebidas alcohólicas	.69
55. Me han amenazado con despedirme del trabajo por beber	.69
62. A causa del alcohol he conseguido un peor puesto de trabajo	.68
10. A causa de la bebida he permanecido alejado de mi lugar de trabajo	.67
60. He pasado la noche en la cárcel por ebriedad	.67

Cuadro 16 (continuación):

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
22. A causa de la bebida no he podido cancelar la cuenta en locales públicos	.67
28. He debido vender cosas para tener suficiente dinero para bebidas alcohólicas	.66

Factor B_{III}
 "Problemas sociales y de salud"
 (% de v.e. = 7'0)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
77. A causa de la bebida he perdido peso	.56
68. Se me ha hecho difícil renunciar al alcohol durante un día entero	.52
74. Las personas que me rodean podrían haberse dado más satisfacciones si yo hubiese bebido menos	.51
67. Gasté tanto dinero en alcohol, que otros tuvieron que trabajar por mí	.50
75. A causa de la bebida se me han entumecido las piernas	.50
76. Por causa de mis problemas relacionados con el alcohol he pensado en suicidarme	.48
66. Desde que bebo, mis superiores ya no están satisfechos con mi trabajo	.47
72. Por causa de la bebida he tenido problemas con mi hígado	.46
70. Por causa de la bebida se me ha hecho difícil conseguir pareja	.43
21. Por la mañana he sentido náuseas que se han pasado cuando he bebido	.39

una interacción mutua, es decir, una mutua escalada del proceso de problematización.

También llama la atención el hecho que las autocríticas aparecen especialmente en unión con las críticas de familiares, pero no de otras personas de referencia (aunque presentamos suficientes ítems relativos al tema). Este hecho podría interpretarse afirmando que la familia aún es el represor social más poderoso en lo que se refiere al consumo alcohólico, y que las amonestaciones procedentes de este entorno se internalizan más fácilmente y provocan más intentos de cambio de conducta, mientras que los intentos de controlar la conducta del sujeto por parte de terceras personas menos allegadas no lo afectan tan intensamente.

Además, se puede observar que todos los ítems referentes a pérdida de control y a dependencia psíquica se encuentran entre los ítems de saturación alta del factor B_I (34, 20, 16 y 29). Este resultado apoya la hipótesis que la así denominada "pérdida de control" no es un síntoma de enfermedad, sino una reacción cognitivo-emocional del sujeto frente al consumo: El individuo nota con preocupación que el consumo de alcohol sobrepasa sus propias normas y/o las de su entorno social más cercano.

- Factor B_{II}: "Problemas laborales y económicos": Presenta también una serie de ítems con muy altas saturaciones. Los diez más altos tienen saturaciones entre .66 y .73. En su mayoría se refieren a problemas de inestabilidad laboral y dificultades económicas provocadas por el alcohol. En los problemas laborales destacan los siguientes ítems con saturaciones altas: Desempleo, cambio de puesto de trabajo, amenaza de despido, descenso profesional y ausentismo. Como dificultades económicas frecuentes se observan: Necesidad de vender objetos por encontrarse en a-

puros, contraer deudas y petición de préstamos para financiar el consumo de alcohol. Al contrario del primer factor, se trata aquí más bien de una conducta observable, inadecuada, fuera del ambiente familiar. A causa de la ingestión del alcohol, se descuida la regularidad en el trabajo y el orden en los gastos. También se podría denominar este factor: "Informalidad económica y laboral". Si el primer factor se considera más bien como un factor de neurotización, el segundo podría interpretarse como un factor de abandono o descuido. No aparece en primer plano la escrupulosidad por la propia conducta, sino una especie de "acting out" o reacción impulsiva, sin sentimientos de culpabilidad.

- Factor B_{III}: "Problemas sociales y de salud".: El título de este factor caracteriza insuficientemente al mismo. Presenta una explicación del 7% de la varianza total, con sus más altas saturaciones entre .40 y .56. Es cierto que detecta una serie de daños orgánicos crónicos causados por el alcohol, pero paralelamente aparece un conglomerado poco claro de problemas psíquicos y familiares. Es posible que sea un factor específico de la muestra, que se obtiene sobre todo por el grupo de sujetos provenientes de la Beneficencia.

3) Relaciones entre la cantidad de consumo alcohólico y los problemas ocasionados por el consumo:

El Cuadro 17 presenta los coeficientes de correlación entre las diferentes variables criterioles, es decir, entre las variables individuales del consumo alcohólico, y los factores de los problemas causados por el consumo (B_I, B_{II} y B_{III}). Se puede observar que estas correlaciones son relativamente bajas. La más alta se sitúa cerca de .45. Por tanto, parece que la aparición de problemas

causados por el consumo alcohólico no es directamente proporcional con la cantidad de alcohol ingerido. Estas correlaciones bajas eran esperables, de acuerdo con el modelo de alcoholismo descrito en páginas anteriores. Recordemos que, según este modelo, se plantea la hipótesis de que el consumo de alcohol es sólo una parte -aunque indudablemente necesaria- del alcoholismo, pero que la aparición de problemas referentes al tema depende además de una serie de otros factores y no es una consecuencia directa de la cantidad de alcohol consumido. Esta tesis se encuentra también en las teorías socioculturales, con excepción del modelo de distribución y consumo, el cual no recibe apoyo por parte de los datos obtenidos: Por lo menos en el área individual, la magnitud de los problemas referentes al alcohol no está determinada exclusivamente por la cantidad de alcohol ingerido. Esta afirmación es válida aunque se tome en consideración la posible distorsión de las correlaciones provocada por la desigualdad de las distribuciones.

- Colocar aquí Cuadro 17 -

Partiendo de los problemas ocasionados por el alcohol, en el Cuadro 17 se observa que, correspondiendo con la fuerza relativa de los factores, el Factor B_I ("Crítica familiar y autocrítica") muestra en total el número más elevado de correlaciones altas con las variables de consumo, seguido del Factor B_{II} ("Problemas laborales y económicos"), mientras que el Factor B_{III} ("Problemas sociales y de salud") solamente muestra correlaciones mínimas y, en parte, ligeramente negativas, respecto a la cantidad de consumo. Esto último confirma la suposición de que el Factor B_{III} es más bien un factor específico de la muestra. Además, destaca que la diferencia del nivel de correlación entre B_I y B_{II} aparece sobre todo en los

Cuadro 17: Coeficientes de correlación entre frecuencia y cantidad de consumo y los problemas ocasionados por el consumo

Variables de consumo alcohólico	Factores de problemas ocasionados por el consumo		
	B _I	B _{II}	B _{III}
Frecuencia de consumo de cerveza	A(13) 0.245 ^{xxx}	0.126 ^{xxx}	0.121 ^{xxx}
Frecuencia de consumo de vino	A(14) 0.102 ^{xxx}	0.169 ^{xxx}	-0.037
Frecuencia de consumo de bebidas "fuertes"	A(15) 0.361 ^{xxx}	0.162 ^{xxx}	0.074 ^{xx}
Cantidad de cerveza consumida	A(31) 0.402 ^{xxx}	0.290 ^{xxx}	0.120 ^{xxx}
Cantidad de vino consumido	A(32) 0.196 ^{xxx}	0.328 ^{xxx}	-0.044
Cantidad de bebidas "fuertes" consumidas	A(33) 0.397 ^{xxx}	0.228 ^{xxx}	0.085 ^{xx}
Cantidad mínima de alcohol	A(34) -0.190 ^{xxx}	-0.041	-0.146 ^{xxx}
Puntuación global de consumo	A(35) 0.453 ^{xxx}	0.344 ^{xxx}	0.092 ^{xxx}

B_I : "Crítica familiar y autocrítica"
 B_{II} : "Problemas laborales y económicos"
 B_{III} : "Problemas sociales y de salud"

Nota: En este y en los siguientes cuadros y figuras, se utiliza x para señalar un nivel de significación del 5%, xx para señalar un nivel de significación del 1% y xxx para señalar un nivel de significación del 0.1%

criterios de frecuencia, pero no en los criterios de can-
tidad. Al resumir los resultados empíricos de otros tra-
bajos ya se indicó repetidamente que la magnitud de los
problemas relacionados con el alcohol depende, sobre to-
do, de la cantidad consumida en cada ocasión, y no de la
frecuencia. Así, EDWARDS y cols. (1972) también afirman
que el consumo muy frecuente de cantidades reducidas prác-
ticamente no causa problemas (inclusive cuando esta for-
ma de beber implica en total un consumo relativamente
alto). Si se consideran en conjunto todos los problemas,
los resultados confirman esta relación. Podemos precisar
nuestra afirmación diciendo que el consumo frecuente de
cantidades reducidas de alcohol está relativamente libre
de riesgo, sobre todo con respecto a los problemas extra
familiares. Esto podría explicarse de la siguiente mane-
ra: Cantidades mínimas -inclusive cuando se bebe con mu-
cha frecuencia- prácticamente no causan alteraciones in-
mediatas y visibles en la conducta, ni efectos posterio-
res apreciables (por ejemplo, no hay "resaca", ni quedan
efectos del alcohol al presentarse al trabajo y, por lo
tanto, no hay una disminución en el rendimiento). Con es-
te estilo de consumo, el individuo no parece informal ni
poco fiable, puesto que nunca se lo observa bajo una cla
ra influencia del alcohol. Tal consumo de alcohol no se
detecta en el entorno social más lejano. Por otra parte,
este estilo de consumo -con una elevada frecuencia de in
gestión alcohólica- sí puede causar una problematización
desde el individuo mismo o desde su entorno social más
cercano, puesto que en ese entorno sí que se detecta.
Para que esta hipótesis tuviera un asidero real, debe
suponerse, sin embargo, que el consumo de alcohol -aún
de cantidades reducidas- sería en estos sujetos princi-
palmente una actividad de tiempo de ocio; es decir, que
el consumo cumpliría con normas específicas situaciona-
les.

Partiendo de las variables de nivel de consumo, puede verificarse además lo siguiente: El volumen total de alcohol ingerido, que se compone de los valores sumados de frecuencia y cantidad para cada uno de los tipos de bebida, y que aquí queda reflejado en la "puntuación global de consumo", muestra en general correlaciones algo más altas con la amplitud de los problemas que cada uno de los valores por separado. Esto se entiende si se considera que las puntuaciones separadas ya muestran correlaciones con los problemas y que, al sumarlas, este efecto se potencia. Como era de esperar, la puntuación de "abstinencia" (o, mejor dicho, de "cantidades mínimas"), que se calculó con todos los tipos de bebida, muestra correlaciones negativas con los factores de problemas causados por el consumo. •

En cuanto al tipo de bebida, se observa lo siguiente: La máxima relación con los factores problemáticos la muestra el consumo de cerveza y de bebidas "fuertes". El consumo de cerveza muestra las correlaciones más altas en relación con los valores de frecuencia. El consumo de vino en general presenta las correlaciones más bajas con los problemas causados por el consumo alcohólico. La correlación relativamente más alta se refiere a la cantidad de vino ingerido y a su relación con la aparición de problemas laborales y económicos.

Sin embargo, al interpretar estos resultados se debe tener en cuenta lo siguiente: La relación entre los problemas causados por el consumo y la cantidad y frecuencia de ingestión de cerveza, puede verse influida por idiosincrasias regionales. Como se ve en los Cuadros 12 y 13, la cerveza es la bebida que se consume en mayor cantidad y con mayor frecuencia por un gran número de sujetos, en Baviera. Es posible que la bebida que se consume en una determinada región o país en cantidades y frecuencias máximas, sea la que muestre siempre la mayor rela-

ción con las incidencias de problemas, como sería el caso del vino en países vinícolas como Italia, España o Chile. Esto confirmaría la hipótesis de SCHMIDT y DeLINT (1971), según los cuales, la cuota de alcoholismo sería independiente de la bebida específica y los alcohólicos siempre preferirían la bebida que tiene mayor consumo en su región o país. Cuando surgen problemas causados por el consumo excesivo de alcohol, siempre aparece una relación más elevada con la bebida que se consume habitualmente en grandes cantidades, lo cual por supuesto varía de región a región y de país a país. Además, es posible que en el presente estudio descendan las correlaciones con el consumo de vino por el hecho de que las indicaciones acerca de frecuencia y cantidad de cada sujeto se registraron por separado para cada tipo de bebida, o sea que aquellos sujetos que consumen mucha cerveza o bebidas "fuertes" y que sufren frecuentes problemas a causa del consumo, pero que beben poco o nada de vino, falsean las correlaciones de las variables acerca del consumo de vino: Tienen numerosos problemas causados por el consumo -aunque no beben mucho vino- puesto que sus problemas surgen del alto consumo de otras bebidas. Por lo tanto, no se debería deducir sin más de las diferencias en las correlaciones que el consumo de una bebida determinada sea más "peligroso" que el consumo de otra.

Por otra parte, los argumentos presentados hasta ahora contra la especificidad de una bebida como productor de problemas no son válidos para el consumo de bebidas "fuertes" (con alta gradación alcohólica). En general, las consumen sólo algunas personas en forma más o menos regular y, asimismo, pocas personas las ingieren en cantidades elavadas. Pero parece que el consumo más o menos regular

de este tipo de bebida ya produce una problematización interna intensa. Esta mayor problematización interna no se refleja uniformemente en correlaciones altas con los problemas externos (R_{II}), por lo que puede suponerse que no se trata tanto de un efecto de la bebida misma, sino de la consecuencia de una actitud específica frente a las bebidas de alta gradación alcohólica, que se consideran como más "duras" y peligrosas. Esta actitud queda ya reflejada en el hecho de que llevan un impuesto más alto, así como en la prohibición existente en algunos países de venderlas a adolescentes. Es posible que esta actitud frente a las bebidas "fuertes" sea la que provoque la problematización de su consumo regular, o en cantidades mayores.

3.2.3. Resumen de los datos referentes a las variables de criterio.

De acuerdo con nuestra definición del alcoholismo, estudiamos como criterios de alcoholismo, o del consumo problemático de alcohol, los parámetros de nivel de consumo, es decir, frecuencia y cantidad, además de una serie de problemas causados por el consumo de alcohol. Las variables de frecuencia y cantidad muestran una predominancia del consumo de cerveza, que no extraña, al haberse extraído la muestra en Baviera. El análisis factorial de las cantidades de consumo y de las variaciones cuantitativas aportó tres factores específicos según el tipo de bebida (cerveza, vino y bebidas "fuertes", consumidos en grandes cantidades), así como un factor de cantidad mínima que se extiende sobre los tres tipos de bebida.

Los 78 problemas causados por el consumo de alcohol también se factorizaron. Se obtuvieron tres factores que explican el 43'8% de la varianza total. Por su contenido,

puede denominarse el primer factor "Crítica familiar y autocrítica", a causa del consumo de alcohol, mientras que el segundo factor incluye "Problemas laborales y económicos". El tercer factor no se puede interpretar tan claramente. Incluye, además de problemas de salud, otros de diferente índole. Los dos tipos de criterios mostraron correlaciones relativamente bajas entre sí. Por lo tanto, puede suponerse que la aparición de problemas ocasionados por la ingestión de alcohol no depende sólo de la cantidad ingerida. Las diferentes bebidas, así como los valores de frecuencia y cantidad, muestran patrones específicos de correlaciones con los distintos factores de problemas.

3.3. Relaciones entre las variables de criterio y las variables de control.-

3.3.1. Relaciones con edad y sexo.

El Cuadro 18 refleja las correlaciones con las variables biológicas (edad y sexo). Estas variables biológicas corresponden naturalmente a determinados roles en el plano social. Como puede observarse, los coeficientes de correlación son generalmente bajos.

- Colocar aquí Cuadro 18 -

La variable "edad" muestra solamente dos correlaciones que sean dignas de mención: La columna "cantidad mínima" disminuye con el aumento en la edad ($-.102$) y las puntuaciones en el factor B_{III} ("Problemas sociales y de salud"), aumentan con la edad ($.142$). Sin embargo, debería considerarse que justamente en la variable "edad" cabe esperar relaciones curvilíneas, como indican especial

Cuadro 18: Correlaciones entre las variables criterio y las variables de control:
"Edad" y "Sexo"

Nivel de consumo alcohólico	Edad (A_1)	Sexo (A_2)
Frecuencia - cerveza (A_{13})	0.051 ^x	-0.341 ^{xxx}
Frecuencia - vino (A_{14})	-0.032	0.086 ^{xxx}
Frecuencia - bebidas "fuertes" (A_{15})	0.001	0.029
Cantidad - cerveza (A_{31})	-0.073 ^{xx}	-0.243 ^{xxx}
Cantidad - vino (A_{32})	-0.078 ^{xx}	0.010
Cantidad - bebidas "fuertes" (A_{33})	-0.037	-0.047
Cantidad mínima de alcohol (A_{34})	-0.102 ^{xxx}	-0.040
Puntuación global de consumo (A_{35})	-0.052 ^x	-0.170 ^{xxx}
Factores de problemas ocasionados por el consumo		
Crítica familiar y autocrítica (B_I)	-0.047	0.030
Problemas laborales y económicos (B_{II})	-0.036	0.003
Problemas sociales y de salud (B_{III})	0.142 ^{xxx}	-0.020

mente las encuestas en la población de Estados Unidos (CAHALAN y cols., 1968; CAHALAN, 1970). En estos estudios se encontró, tanto en la cantidad de consumo de alcohol, como en los problemas causados por el consumo, un aumento con la edad (desde los adolescentes hasta los adultos de edad media), seguida de un rápido descenso al traspasarse cierto límite de edad. WIESER (1973) detectó una polarización de la frecuencia de consumo en la edad avanzada. Es posible que la falta de correlaciones significativas en esta variable, en nuestra investigación, se pueda atribuir a las dos tendencias contradictorias, que se anularon recíprocamente.

Unas correlaciones algo más elevadas aparecen en la variables "sexo", pero sólo con el nivel de consumo de alcohol y no con los problemas causados por el consumo:

Con la pertenencia al sexo femenino correlacionan significativamente y en forma negativa:

- Frecuencia de consumo de cerveza = $-.341$
- Cantidad de cerveza consumida = $-.243$
- Puntuación global de consumo = $-.170$

Por lo tanto, parece ser que las mujeres beben generalmente un poco menos cerveza, especialmente con menor frecuencia y en menores cantidades, que los hombres. Estos datos concuerdan con los resultados de WIESER, quien además detectó un elevado consumo de bebidas "fuertes" y un consumo global mayor, en los hombres, especialmente en cuanto a la cerveza. Podemos ampliar los datos de WIESER, afirmando que no sólo hay una diferencia según la frecuencia de consumo, sino también respecto a la cantidad ingerida en cada ocasión. La diferencia entre los sexos probablemente sería más elevada si no nos hubiéramos limitado casi exclusivamente a mujeres que trabajan y hubiéramos incluido también amas de casa. Estas probablemente están más ligadas a la imagen tradicional del rol del sexo femenino, lo que se reflejaría seguramente en un consumo

menor de alcohol. Es sorprendente que este menor consumo de alcohol en las mujeres no se refleje en los problemas causados por la ingestión. No parece haber ninguna relación entre la pertenencia a un sexo y las puntuaciones obtenidas en los factores relacionados con problemas. De momento, parece ofrecerse la hipótesis de que las mujeres comienzan a tener problemas a partir de un consumo más reducido de alcohol. Esto se atribuiría, por una parte, a que las mujeres tendrían una menor resistencia fisiológica al alcohol, pero, por otra, sería posible que las normas específicas del rol, que las mismas mujeres y/o su entorno social admiten, lleven a una problematización del consumo de alcohol a niveles más bajos de ingestión.

3.3.2. Relaciones con la situación familiar.

Las correlaciones de estas variables con los criterios son, en total, menores aún que las de las variables biológicas, como refleja el Cuadro 19.

- Colocar aquí Cuadro 19 -

La única variable que muestra correlaciones significativas, aunque bajas, con los criterios, es "número de hijos", y parecería que con el número de hijos aumentan especialmente las puntuaciones en el factor "Crítica familiar y autocrítica" (.133). Cuanto más hijos tiene el sujeto, tanto más pronto surge seguramente una amonestación por parte del entorno cercano respecto a sus responsabilidades.

Al estudiar los resultados, hay que tener en cuenta, sin embargo, que las otras dos variables no son continuas, sino más bien nominales, por lo que es posible que con una clasificación distinta y otra ordenación de las

Cuadro 19: Correlaciones entre los criterios y las variables-control de situación familiar

	Estado civil (A ₅)	Número de hijos (A ₆)	Convivencia (A ₇)
<u>Nivel de consumo alcohólico</u>			
Frecuencia - cerveza (A ₁₃)	0.036	0.087 ^{xxx}	-0.017
Frecuencia - vino (A ₁₄)	0.038	-0.033	0.002
Frecuencia - bebidas "fuertes" (A ₁₅)	0.031	0.017	-0.015
Cantidad - cerveza (A ₃₁)	-0.011	0.016	-0.015
Cantidad - vino (A ₃₂)	0.009	-0.030	0.057 ^x
Cantidad - bebidas "fuertes" (A ₃₃)	0.028	0.009	-0.009
Cantidad mínima de alcohol (A ₃₄)	-0.018	-0.087 ^{xxx}	0.002
Puntuación global de consumo (A ₃₅)	0.028	0.021	0.000
<u>Factores de problemas ocasionados por el consumo</u>			
Crítica familiar y autocrítica (B _I)	0.054 ^x	0.133 ^{xxx}	0.002
Problemas laborales y económicos (B _{II})	-0.015	-0.046	0.064 ^x
Problemas sociales y de salud (B _{III})	0.031	-0.008	-0.010

categorías de respuesta, se obtuvieran correlaciones diferentes. En un apartado posterior, al hablar de las diferencias entre alcohólicos, bebedores problemáticos y bebedores normales, daremos una representación detallada de la frecuencia de respuesta en cada una de las categorías de respuesta de estas dos variables.

3.3.3. Relaciones con el nivel socioeconómico.

Las correlaciones entre las variables del nivel socioeconómico y las variables criterio se presentan en el Cuadro 20.

- Colocar aquí Cuadro 20 -

Aparecen algunas correlaciones significativas, aunque también son bajas. Los coeficientes de correlación de todas las variables de las clases sociales muestran una tendencia en la misma dirección que las variables de criterio. Las correlaciones más bajas son las referentes a ingresos netos. Según la puntuación global de consumo, parecería que el consumo de alcohol disminuye algo cuando aumenta el nivel social subjetivamente percibido. Por lo demás, parece que la diferencia entre las clases sociales se da sobre todo en el tipo de bebida: Al aumentar el nivel socioeconómico, desciende el consumo de cerveza, tanto en frecuencia como en cantidad, mientras que aumenta el consumo de vino. Este resultado se podría explicar por el diferente precio de las bebidas en las regiones estudiadas. En las clases sociales más altas, se pueden permitir más fácilmente la compra de vino. La escasa correlación con los ingresos contradice, sin embargo, esta hipótesis. También habría que considerar la "imagen" diferencial que dan las distintas clases de bebi-

Quadro 20: Correlaciones entre los criterios y las variables control del nivel socioeconómico

	Pertenencia subjetiva a una clase social (A_8)	Nivel educativo alcanzado (A_9)	Ingresos netos mensuales (A_{10})	Tipo de ocupación laboral (A_{11})
<u>Nivel de consumo alcohólico</u>				
Frecuencia - cerveza (A_{13})	-0.222 ^{xxx}	-0.158 ^{xx}	-0.069 ^{xx}	-0.151 ^{xxx}
Frecuencia - vino (A_{14})	0.167 ^{xxx}	0.122 ^{xxx}	0.064 ^x	0.128 ^{xxx}
Frecuencia - bebidas "fuertes" (A_{15})	0.018	-0.001	-0.029 ^x	0.061 ^x
Cantidad - cerveza (A_{31})	-0.257 ^{xxx}	-0.187 ^{xxx}	-0.212 ^{xxx}	-0.213 ^{xxx}
Cantidad - vino (A_{32})	0.066 ^x	0.068 ^{xx}	-0.016	0.053 ^x
Cantidad - bebidas "fuertes" (A_{33})	-0.073 ^{xx}	-0.073 ^{xx}	-0.150 ^{xxx}	-0.053 ^x
Cantidad mínima de alcohol (A_{34})	0.158 ^{xxx}	0.152 ^{xxx}	0.162 ^{xxx}	0.144 ^{xxx}
Puntuación global de consumo (A_{35})	-0.118 ^{xxx}	-0.087 ^{xxx}	-0.136 ^{xxx}	-0.082 ^{xx}
<u>Factores de problemas ocasionados por el consumo</u>				
Crítica familiar y autocrítica (B_I)	-0.061 ^x	-0.062 ^x	-0.199 ^{xxx}	-0.012
Problemas laborales y económicos (B_{II})	-0.099 ^{xxx}	-0.047	-0.190 ^{xxx}	-0.098 ^{xxx}
Problemas sociales y de salud (B_{III})	-0.093 ^{xxx}	-0.077 ^{xx}	-0.118 ^{xxx}	-0.095 ^{xxx}

da. La que da el vino seguramente encaja mejor con los valores y el estilo de vida de las clases superiores.

Los resultados coinciden en parte con WIESER (1973). En su trabajo, la frecuencia de consumo aparece como relativamente independiente de la clase social, sólo se detectó un consumo menor de vino en la clase más baja, así como una menor ingestión de cerveza entre los indigentes. En el nivel de consumo de bebidas "fuertes", coinciden nuestros resultados con los de WIESER, aunque no coinciden respecto a la cerveza (por otra parte, nuestra investigación no consideró por separado a los indigentes).

GRUENTZIG y cols. (1970), detectaron en Heidelberg un fuerte aumento del consumo de alcohol a medida que se descendía en el nivel social, aumentando especialmente el consumo de cerveza y bebidas "fuertes". Esto coincide con nuestros resultados acerca del nivel de consumo de cerveza. Posiblemente influyen aquí algunos factores regionales. Recordemos que el consumo de cerveza de los bávaros es mucho más elevado en comparación con los demás ciudadanos de Alemania Federal. Cabe suponer que el valor medio más elevado obtenido en Baviera se deba principalmente al elevado consumo de cerveza de las personas de clase social baja. Al parecer, para estas personas la cerveza es una bebida universal económica, más que una bebida alcohólica.

Los factores de problemas causados por el consumo de alcohol sólo muestran correlaciones mínimas con las variables del nivel socioeconómico. Sin embargo, la tendencia de las correlaciones es hacia niveles de consumo específicos para cada grupo social. Todos los factores de problemas causados por el consumo disminuyen levemente con el ascenso en la clase social y, sobre todo, con el aumento de los ingresos netos. El hecho de que precisamente los ingresos netos jueguen aquí un papel especial depende, probablemente, de que una parte de los proble-

mas causados por el consumo (en cada factor) sea de origen económico, por lo cual pierden relevancia con el aumento de los ingresos. A excepción de esta relación, parecería que el nivel socioeconómico tiene poca importancia en el proceso de problematización. Es probable que la ingestión frecuente de grandes cantidades de cerveza sea una conducta admitida en la clase social baja. Al establecerse como conducta habitual en este nivel social, no surgen motivos para una problematización. Por otra parte, dentro de la muestra están representadas varias profesiones en las cuales es normal beber cerveza durante el trabajo (obreros de la construcción o personal de las industrias cerveceras).

Las correlaciones con la variable "Número de habitantes de la población de origen" fueron todas no-significativas, por lo que no dedicaremos a ello una atención detallada.

3.2.4. Resumen de las relaciones entre variables criterios y de control.

Se puede decir que la relación entre los criterios, es decir, nivel de consumo alcohólico y problemas causados por el consumo, y las variables de control es mínima. La mayoría de los coeficientes de correlación, a pesar de la gran cantidad de sujetos (aproximadamente 1.500), no se aleja significativamente de cero. Las pocas correlaciones significativas se refieren principalmente a la variable "sexo" y a las variables del nivel socioeconómico, relacionándose ante todo con variables referidas a cantidad de consumo. Parecería que las mujeres beben, en general, menos que los hombres y, sobre todo, menos cerveza. El consumo de cerveza también parece disminuir con el aumento del nivel socioeconómico, pero aumentando a la vez la frecuencia de consumo de vino.

Por lo tanto, parecería que las variables de control determinan sobre todo el estilo y el nivel de consumo, pero no la aparición de problemas causados por el alcohol. Se puede sugerir también la hipótesis de que, en algunos grupos de la población, especialmente en las mujeres, ya una ingestión mínima de alcohol produce problemas, mientras que otros grupos pueden consumir elevadas cantidades de alcohol sin sufrir problemas por ello (por ejemplo, los obreros de la construcción).

3.4. Análisis factorial de las covariables directas del consumo.-

3.4.1. Grupos temáticos de las escalas.

(a) "Normas y actitudes frente al consumo de alcohol, los alcohólicos y los abstemios": Esta escala (C) se basó en reflexiones y estudios sociológicos, que en su mayoría sólo tienen un carácter descriptivo-epidemiológico, de manera que hasta ahora no se había aclarado la relación de estas variables con el nivel de consumo de alcohol, ni con la aparición de problemas causados por este consumo. Este grupo de ítems incluyó:

- Dimensiones bipolares de acuerdo con puntos de vista de salud, morales, sociales y económicos;
- Actitudes frente al comportamiento bajo efectos del alcohol;
- Actitudes frente a alcohólicos y abstemios;
- Normas específicas para determinadas situaciones;
- Normas específicas para un rol social;
- Actitudes frente a la publicidad y a la información acerca del alcohol.

(b) La escala "Motivaciones para el consumo alcohólico" (Escala D) se formó en base a distintas variantes de la

escala "definition of alcohol" construida originalmente por MULFORD y MILLER (1960), los cuales se basaron a su vez en la teoría sociocultural de BALES. Para diferenciar claramente esta escala de las actitudes y para explorar en forma lo más directa posible la conducta de los sujetos, se formularon los ítems de manera que describieran concretamente los determinantes del consumo y los efectos de la ingestión alcohólica que inducen a seguir bebiendo. Dicho de otra manera, los ítems se refieren a si situaciones concretas que puedan provocar un aumento o reducción en el consumo habitual de alcohol. Dentro de estas situaciones determinantes del consumo distinguimos:

- Determinantes o reforzadores sociales: Presión hacia el conformismo, imitación de modelos, crítica, facilitación o alteración de los contactos sociales;
- Determinantes o reforzadores intrapsíquicos: Estados de ánimo o tensiones, vivenciadas negativamente; estados de ánimo y conductas vivenciadas positivamente;
- Agrado por el consumo en sí;
- Circunstancias externas;
- Variables fisiológicas;
- Determinantes de la elección del tipo de bebida.

(c) La escala "Patrones y circunstancias de consumo" tuvo como punto de partida una combinación de descripciones socioepidemiológicas del estilo de ingestión alcohólica en los diferentes tipos de población, algunos análisis de conducta aislados de bebedores normales y alcohólicos y, finalmente, descripciones psiquiátricas del patrón de consumo de alcohólicos. El conjunto de ítems incluyó:

- Parámetros situacionales y temporales;
- Conducta al comprar alcohol;
- Motivos y ocasiones especiales;

- Actividades que acompañan el consumo;
- Conducta de consumo al interactuar con el entorno social;
- Formas cultivadas y ritualizadas de consumo.

(d) La escala "Efectos inmediatos del alcohol" (Perfiles bipolares H_2), constó de dos perfiles bipolares idénticos, extraídos del "Emotionalitaetsinventar" (EMI) elaborado por el Instituto Max Planck de Psiquiatría de Munich, para la evaluación del estado general de los pacientes del Instituto. En uno de los perfiles, se enlazaron las polaridades con el comienzo de frase siguiente: "Cuando bebí un poco de alcohol, me sentí predominantemente..."; en el otro perfil, se utilizó el comienzo de frase: "Cuando bebí mucho alcohol, me sentí predominantemente..." Puesto que hasta ese momento no había ningún análisis factorial del EMI, intentamos formar categorías según su contenido, dándoles una representación similar dentro de cada perfil. Las categorías fueron:

- Niveles de activación;
- Agresividad;
- Sensación de cobijo y seguridad en sí mismo;
- Euforización.

Como se puede observar, se eligieron dimensiones en las que se puede esperar un cambio bajo efectos del alcohol.

3.4.2. Técnica de análisis de los datos.

Las escalas de covariables directas del consumo incluían un total de 382 ítems que, aunque se agruparon por temas en escalas individuales, pareció oportuno dividirlos en sub-escalas de ítems homogéneos en cuanto a su contenido, para una mayor claridad y para reducir los po

sibles problemas de predicción futuros. Como indica la experiencia, al emplear muchos predictores -en este caso, ítems individuales- se obtienen resultados difíciles de reproducir; las correlaciones múltiples resultantes siempre son considerablemente más altas en la primera muestra, en comparación con un subsiguiente estudio experimental realizado independientemente. Este efecto de reducción de correlaciones es tanto mayor, cuanto más predictores se incluyen.

Para la determinación de complejos de ítems homogéneos, se utilizó el análisis factorial. Cada una de las cuatro escalas de covariables de consumo se factorizó independientemente ($n = 250$ aproximadamente, para cada escala). Queda claro que en una reducción tan drástica de datos, necesaria para lograr una visión de conjunto de las múltiples variables, no hay más remedio que aceptar cierta pérdida de información. En este caso, se pudo concentrar el 42'5% de la variación interindividual total de respuestas (varianza), en unos pocos factores, cuyo número (20) corresponde a $\frac{1}{9}$ del número inicial de ítems. Para evitar que en este procedimiento interno de selección se eliminaran ítems importantes para la validación cruzada, que pudieran correlacionar con los criterios de consumo problemático, pero que no tenían cabida dentro de los factores seleccionados, se completaron las escalas factoriales mediante otras escalas obtenidas por diferentes medios.

El procedimiento de análisis factorial (standard) empleado consistió en la determinación del número de factores para cada escala, mediante una transformación de ejes centrales de la matriz de correlaciones, imponiendo "1" en la diagonal. Para la determinación de la cantidad de factores a mantener, se empleó un criterio combinado: Los valores propios de los factores no debían quedar ba-

jo el valor 1 y, a la vez, sólo se mantuvieron los factores interpretables tras la rotación Varimax. Todos los análisis se realizaron con los programas DATATEXT, en una computadora IBM 360/91. Para la interpretación del contenido de los factores se emplearon los diez ítems de mayor saturación en cada uno de ellos.

3.4.3. Descripción de factores.

Describiremos brevemente cada uno de los factores de las covariables directas, añadiendo para cada escala (es decir, para cada grupo temático) un cuadro-resumen con el número de ítems y de sujetos, el nombre de los factores y el porcentaje de la varianza explicada, además de una relación de los factores con los diez ítems de mayor saturación.

1) Normas y actitudes frente al consumo de alcohol, los alcohólicos y los abstemios (Escala C):

El análisis arrojó cuatro factores, que juntos solamente explican un 27'5% de la varianza total. Dos de los factores se refieren más bien a las normas respecto al consumo de alcohol, mientras que los otros dos incluyen actitudes frente al alcohólico y al alcoholismo:

- Colocar aquí Cuadro 21 -

- Factor C₁ (10% v.e.): "Alcohol como fomentador del contacto social": Aparece como un factor que corresponde a la definición social del alcohol de BALES. El consumo de alcohol se caracteriza como un comportamiento socialmente aceptado y deseado, que facilita las relaciones y la sociabilidad.

Cuadro 21: Factores de la Escala C: "Normas y actitudes frente al consumo de alcohol, los alcohólicos y los abstemios" (N = 257; v.e. = 27'5%; n° de ítems = 118)

Factor C_I

"Alcohol como fomentador del contacto social"
(% de v.e. = 19'0)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
102. Las personas que han bebido algo de alcohol son más simpáticas	.66
47. Sin alcohol habría menos jovialidad	.63
80. El que no se ha emborrachado nunca, pierde algo de la vida	.62
105. Es agradable estar con personas algo bebidas	.61
29. A las visitas se les debería ofrecer alguna bebida alcohólica	.61
54. Un anfitrión sobrio es más aburrido	.61
2. Beber de forma razonable es mejor que no beber	.58
43. Una fiesta sin alcohol es aburrida	.58
17. De vez en cuando se debería ir a beber algo con los colegas o compañeros de trabajo	.57
87. La mayoría de las personas se sienten mejor tras beber un vasito de alcohol	.55

Factor C_{II}

"Recomendación de tratamiento por alteraciones conductuales"
(% de v.e. = 4'8)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
51. Ya en la escuela se deberían exponer los peligros del consumo de alcohol	.59
57. Se debería ayudar a los que desean limitar su consumo alcohólico	.56
92. Los excesos alcohólicos perjudican la vida familiar	.51
49. No se puede llevar una vida matrimonial con una mujer que se emborracha a menudo	.49
68. Deberían existir más clínicas para alcohólicos	.49
53. No se puede llevar una vida matrimonial con un hombre que se emborracha a menudo	.49
52. Un alcohólico es un hombre enfermo	.46
64. Los borrachos son impredecibles	.42
79. Los alcohólicos se deberían someter voluntariamente a terapias de desintoxicación	.41
109. Lo que más me molesta son las personas que se ponen agresivas bajo efectos del alcohol	.39

Cuadro 21 (continuación):

Factor C_{III}
"Normas restrictivas"
(% de v.e. = 7'4)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
63. No se debería beber nunca alcohol	.59
59. Las mujeres deberían beber menos alcohol que los hombres, puesto que el alcohol desinhibe sexualmente	.58
48. Se deberían promulgar leyes contra el consumo de alcohol	.57
22. Sólo se debe beber alcohol con las comidas, nunca entre ellas	.52
85. El alcohol daña la salud, aún en cantidades mínimas	.52
30. Es elegante beber menos que los demás	.51
37. Un padre de familia nunca debería estar bebido	.50
21. El alcohol daña el cerebro, aún en cantidades mínimas	.49
99. Las mujeres que beben desatienden más a menudo que los hombres sus obligaciones	.48
73. La mayoría de los alcohólicos se parecen entre sí	.47

Factor C_{IV}
"Segregación social de los alcohólicos"
(% de v.e. = 5)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
115. No podría ser amigo de un alcohólico	.65
84. Nunca me casaría con un/a alcohólico/a	.59
86. Me desagrada ver beber a los alcohólicos	.51
100. Deberían obligar a los alcohólicos a someterse a tratamiento	.49
93. Si yo tuviera que emplear a alguien, también daría empleo a un alcohólico	.48
11. Muchos alcohólicos ya carecen de personalidad	.47
97. Los alcohólicos sólo deberían beber en lugares en los cuales no molesten a nadie	.44
27. Los alcohólicos a menudo producen asco	.44
110. Jamás se debería beber alcohol con la intención de emborracharse	.44
117. Un alcohólico es un hombre sin fuerza de voluntad	.43

- Factor C_{II} (4'8% v.e.): "Recomendación de tratamiento, por alteraciones conductuales" (para alcohólicos). Aquí se destaca la amenaza a las relaciones sociales y especialmente a las relaciones familiares, tras el consumo excesivo de alcohol. Al bebedor excesivo se lo considera imprevisible, agresivo y enfermo: Debe someterse a terapia. En este factor se defiende un concepto de alcoholismo como enfermedad, pero con la imagen de una enfermedad mental peligrosa e imprevisible como transfondo. Sin embargo, no se atribuye responsabilidad moral ni al sujeto afectado ni a su entorno social, más bien, se considera que son las instituciones competentes las que deben hacer se cargo del tratamiento.

- Factor C_{III} (7'4% v.e.): "Normas restrictivas". Este factor, que también se podría denominar "de ley y orden", abarca una serie de normas fuertemente restrictivas, hasta proscriptivas, referentes al consumo de alcohol. Se defienden reglas externas rígidas y cantidades mínimas. Se defienden particularmente normas específicas del rol, que, en su mayoría, se refieren a las mujeres y padres de familia, por el riesgo de desenfreno sexual y descuido de las obligaciones y responsabilidades que puede conllevar el consumo alcohólico.

- Factor C_{IV} (5% v.e.): "Segregación social de los alcohólicos". Este factor implica una descalificación y segregación moral del alcohólico, en la interacción social. Se lo considera como débil de voluntad, repulsivo y molesto, y se le excluye de las relaciones sociales normales. Se aconseja un tratamiento forzoso. Obviamente, en este caso no se trata de un modelo médico del alcoholismo, sino de una actitud moralista. Es posible que con este factor se detecte una parte del proceso social de

estigmatización y distanciamiento que expone la teoría de "etiquetación" (labeling).

2) Motivación para el consumo alcohólico (escala D):

- Colocar aquí Cuadro 22 -

Una parte de esta escala incluye situaciones concretas que pueden inducir al consumo de alcohol, mientras que la otra se refiere a situaciones concretas que pueden conllevar la reducción del consumo. En primer lugar se hizo un análisis factorial conjunto de todos los ítems, pero luego pareció más indicado analizarlos por separado, puesto que esto permitía la formación de factores con un contenido más unitario.

Las 74 ítems que implican desencadenantes inmediatos del aumento en la ingestión alcohólica formaron tres factores, que conjuntamente explican un 49'3% de la varianza total.

- Factor D1_I (25'4% v.e.): "Reacción a la crítica y al mal humor". Así como el primer factor referente a problemas de consumo alcohólico, aquí nuevamente se unen en un factor la crítica de terceros y la insatisfacción consigo mismo. Además se mencionan otros tipos de malestar, cuyo origen no queda claro, pero que también podrían haber sido provocados por críticas. Este factor se puede comprender muy bien desde el planteamiento de KEEHN (1970): Las sanciones negativas pueden transformarse en estímulos discriminativos para la ingestión de alcohol, la cual se convertiría en un refuerzo inmediato. Desde el punto de vista del aprendizaje, se trataría en este caso de una conducta de evitación y escape. El factor correspondería en parte al modelo descrito en la biblio-

Cuadro 22: Análisis factorial de las Escalas D: "Motivación para el consumo alcohólico" (N = 249)

Escala D1: Aumento del consumo (N° de items: 74; v.e.=49'3%)

Factor D1_I

"Reacción a la crítica y al mal humor"
(% de v.e. = 25'4)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
6. Bebí alcohol cuando me hicieron reproches	.82
56. Bebí alcohol cuando me criticaron	.80
7. Bebí al estar nervioso	.80
49. Bebí cuando tenía pensamientos tristes	.80
48. Bebí cuando pensé que nadie me observaba	.79
37. Bebí cuando tuve miedo	.79
34. Bebí al sentir que me faltaba perseverancia	.79
35. Bebí al sentirme insatisfecho conmigo mismo	.77
53. Bebí cuando tuve poca confianza en mí mismo	.76
1. Bebí al sentirme deprimido	.75

Factor D1_{II}

"Demanda social y disfrute del consumo"
(% de v.e. = 7'8)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
42. Bebí cuando el alcohol tenía un sabor especialmente bueno	.72
47. Bebí alcohol junto con una comida sabrosa	.70
32. Bebí alcohol cuando necesitaba refrescarme	.69
66. Bebí cuando sentí sed	.64
59. Bebí cuando brindaron por mí	.61
41. Bebí porque me ofrecieron alcohol y no podía negarme	.53
43. Bebí alcohol para darme un gusto	.51
27. Las fiestas sólo me parecen agradables tras beber alcohol	.46
21. Bebí alcohol cuando tuve mucho frío	.45
65. Cuando bebí alcohol, me pude relajar	.43

Cuadro 22 (continuación):

Factor D1_{III}
 "Superación de la inseguridad social"
 (% de v.e. = 14'9)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
16. Al beber alcohol me sentí cada vez más seguro	.76
17. Tras un par de copas pude contactar mejor con el sexo opuesto	.76
15. Bebiendo me entiendo mejor con los demás	.71
26. Tras un par de copas pude mostrar más iniciativa frente a los demás	.70
14. Al beber tengo más facilidad para hablar	.70
25. Tras algunas copas pude defender mejor mis ideas	.70
63. Bebiendo me pude expresar más libremente	.69
10. Tras haber bebido alcohol, me importó menos lo que los demás pensaran de mí	.67
13. Tras algunas copas ya no me sentí aislado	.66
2. Al beber me sentí más capaz de llevar a cabo grandes cosas	.64

Escala D2: Disminución del consumo (Nº de items:44;v.e.=57'2%)

Factor D2_I
 "Necesidad de rendimiento"
 (% de v.e. = 24'6)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
72. Bebí menos (no bebí) alcohol cuando tenía muchas otras cosas que hacer	.77
110. Bebí menos cuando fue necesario conservar la lucidez mental	.77
71. Bebí menos cuando tuve que realizar un trabajo que requería toda mi atención	.76
84. Bebí menos cuando debía acudir a una cita importante	.74
108. Bebí menos cuando precisaba de todas mis energías	.74
87. Bebí menos al tener que mantener bajo control una situación social	.71
104. Bebí menos cuando tenía que rendir mucho	.71
91. Bebí menos al tener que realizar algo que requería mucha constancia	.70
69. Bebí menos alcohol cuando estaba físicamente mal	.69
74. Bebí menos cuando me repelía el olor del alcohol	.61

Cuadro 22 (continuación):

Factor D2_{II}
"Temor al ridículo"
(% de v.e. = 23'4)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
98. Bebí menos (no bebí) alcohol cuando temí parecer tonto o ridículo delante de los demás	.75
97. Bebí menos al sentir dudas acerca de lo que la gente pensaría de mí	.73
78. Bebí menos cuando me criticaron por mi consumo de alcohol	.73
106. Bebí menos cuando temí ponerme agresivo	.72
93. Bebí menos al darme cuenta que así me entendía mejor con los demás	.70
102. Bebí menos al sentir que tenía éxito	.69
100. Bebí menos al disminuir mi capacidad sexual	.69
83. Bebí menos cuando estaba preocupado por mi apariencia personal	.66
85. Bebí menos al pensar en las personas que no me gusta ver ebrias	.64
86. Bebí menos porque temí hacer el ridículo estando ebrio	.64

Factor D2_{III}
"Motivos de salud"
(% de v.e. = 9'1)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
89. Bebí menos (no bebí) alcohol cuando me produjo acidez	.66
94. Bebí menos al sentir molestias estomacales	.63
95. Bebí menos al tener la tensión arterial alta	.54
90. Bebí menos al sentir que el alcohol me hacía sudar mucho	.48
109. Bebí menos cuando no podía soportar el alcohol	.48
96. Bebí menos al estar enfermo	.48
105. Bebí menos cuando el alcohol no me gustó	.45
81. Bebí menos al sentir náuseas ocasionadas por el alcohol	.42
92. Bebí menos cuando me dí cuenta que el alcohol me deprimía	.40
88. Bebí menos cuando me enteré que el alcohol dañaba la salud	.39

grafía como "modelo de reducción de la ansiedad", o al planteamiento de una motivación personal, interna, para consumir alcohol. También podría interpretarse como un "beber en señal de protesta".

- Factor D1_{II} (7'8% v.e.): "Demanda social y disfrute del consumo". Aquí se describen situaciones que implican sed, buen sabor y brindis social. El factor parece detectar el genuino efecto positivo del alcohol, quedando en primer lugar sensaciones corporales de olor y sabor. El mecanismo de aprendizaje implicado sería el de refuerzo positivo, incluyéndose en él el refuerzo social por ingerir alcohol.

- Factor D1_{III} (14'9% v.e.): "Superación de la inseguridad social". Este factor incluye sobre todo un aumento de la iniciativa personal -especialmente en compañía-, de la capacidad de establecer contactos sociales, de la habilidad social y de la ingeniosidad verbal, tras el consumo de alcohol. Corresponde seguramente al factor que mencionan las teorías del aprendizaje como "liberación de conductas inhibidas", que es percibido positivamente por el sujeto. Esto reforzaría el consumo alcohólico e invitaría al sujeto a seguir bebiendo.

Por otra parte, los desencadenantes directos de una reducción en la ingestión alcohólica (44 ítems), también se dividieron en tres factores, que explican un 57'2% de la varianza total.

- Factor D2_I (24'6% v.e.): "Necesidad de rendimiento". En este caso, se reduce el consumo de alcohol para mejorar la concentración, poder pensar con claridad y mantener un control de la situación. Parece ser un factor cla

ro de control del consumo, que resulta eficaz en la medida en que el interés del sujeto está centrado en una necesidad de rendimiento. El factor sugeriría que el consumo de alcohol implica una conducta de evitación frente a exigencias de rendimiento.

- Factor D2_{II} (23'4% v.e.): "Temor al ridículo". Aquí se subraya el temor al ridículo, a la crítica, al rechazo social y a la burla. Parecería que la conducta se guía ante todo por las sanciones negativas ante un comportamiento inadecuado bajo efectos del alcohol (no ante el consumo en sí). Aunque MULFORD y MILLER (1960) postulan que se consume alcohol por el temor de perder una autoimagen positiva, lo cierto es que ese mismo temor parece ser un factor que influye en la reducción del consumo.

- Factor D2_{III} (9'1% v.e.): "Motivos de salud". Este factor incluye una serie de alteraciones somáticas provocadas por la ingestión alcohólica, tales como malestar estomacal, presión arterial muy elevada, sudores, acidez, etc. Esto implica que el alcohol también se puede considerar bajo el aspecto de sus efectos sobre la salud, sirviendo el riesgo de enfermedades como un mecanismo de control que lleva al sujeto a frenar la ingestión de alcohol.

En general, se puede afirmar que en base a esta escala se obtiene un cuadro de la motivación para el consumo más diferenciado que la mera división entre motivaciones sociales y personales. El aspecto social parece actuar tanto como desencadenante, como de reductor del consumo alcohólico. Se perciben sanciones sociales positivas, así como negativas. Por otra parte, los motivos personales también pueden contribuir tanto en el aumento, como en la disminución de la ingestión de alcohol.

3) Patrones y circunstancias de consumo (Escala E):

Mientras la escala anterior exploraba las razones inmediatas que llevan a un mayor o menor consumo de alcohol, esta escala se ocupa del cómo y dónde, de las circunstancias y de la evolución de la ingestión de alcohol. De los 114 ítems se obtienen cuatro factores, que explican, en conjunto, un 32'6% de la varianza total.

- Colocar aquí Cuadro 23 -

- Factor E₁ (14'1% v.e.): "Excesos alcohólicos en todo momento y lugar". Los ítems de este factor describen situaciones y momentos en los cuales en nuestra sociedad no se bebe habitualmente alcohol (en la cama, al realizar labores del hogar, por las mañanas en ayunas, etc.). Incluye, por lo tanto, la infracción de normas situacionales y temporales respecto al consumo. El sujeto no se limita a las circunstancias en las cuales la ingestión de alcohol está sancionada en forma positiva (por ejemplo, durante la comida o en fiestas). Aquí se detectan, por una parte, las conductas descritas en la parte teórica referentes a las teorías del aprendizaje bajo el rótulo "alcoholismo como forma inadecuada de consumo" y, por otra parte, este factor se integra en las teorías socioculturales acerca de la confusión en las normas y estilos de consumo: De forma quizás más acertada que en las teorías del aprendizaje, no se describe esta conducta como un estilo concreto, o la infracción de normas situacionales y temporales. Según estas teorías, este déficit se debe a una ausencia de normas claras respecto al consumo o a la existencia de normas contradictorias. Por otra parte, en el modelo de la "distribución y consumo", estas conductas representan modos de actuar en los cuales el estilo en sí es irrelevante, puesto que, por su misma forma, causan un consumo excesivo de alco-

Cuadro 23: Análisis factorial de la Escala E: "Patrones y circunstancias de consumo"
(N = 250; v.e. = 32'6%; n° de items 114)

Factor E_I

"Excesos alcohólicos en todo momento y lugar"
(% de v.e. = 14'1)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
32. Bebo alcohol inmediatamente después de levantarme por las mañanas	.84
36. Paso varios días seguidos bajo influencia del alcohol	.81
5. Cuando comienzo a beber con los amigos, continúo bebiendo luego a solas	.80
45. Bebo alcohol por las mañanas	.77
68. Compró bebidas alcohólicas por las mañanas	.75
22. Bebo alcohol mientras realizo las faenas del hogar	.71
85. Bebo alcohol en la cama	.70
67. Me paso noches enteras bebiendo	.68
109. Me da igual lo que bebo, si contiene alcohol	.67
64. Bebo con más velocidad que los demás	.67

Factor E_{II}

"Cultivo y planificación del consumo"
(% de v.e. = 6'8)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
18. Guardo una reserva de bebidas alcohólicas	.69
48. Intento tener la bebida adecuada para cada comida	.61
43. Me tomo el tiempo necesario para disfrutar de cada copa	.60
33. Compró bebidas alcohólicas en cantidades grandes a la vez	.57
47. Planifico mis compras de bebidas alcohólicas	.53
25. Bebo alcohol con la familia	.51
35. Bebo alcohol en mi hogar	.49
91. Prefiero las bebidas alcohólicas de una determinada región	.48
17. Utilizo para cada bebida la copa adecuada	.49
44. Bebo con personas que me caen simpáticas	.47

Cuadro 23 (continuación):

Factor E_{III}
 "Consumo social extrafamiliar"
 (% de v.e. = 7'5)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
12. Me voy a beber con dos o tres amigos	.67
50. Bebo alcohol con amigos o compañeros de trabajo	.60
75. Me dejo convencer por los demás para ir a beber unas copas	.58
106. Bebo en ocasiones sociales, tales como aniversarios, acampadas con compañeros de trabajo, o fiestas en la oficina	.53
100. Habitualmente visito el mismo Bar o Pub	.52
56. Bebo en casa de amigos o conocidos	.51
99. Visito regularmente un Club social	.50
80. Invito a otros a beber conmigo	.50
65. Bebo con personas de un nivel socioeconómico más bajo que el mío	.50
30. Bebo con personas desconocidas	.49

Factor E_{IV}
 "Consumo ocasional y mínimo"
 (% de v.e. = 4'1)

<u>Item</u>	<u>Saturación</u>
26. Paso semanas sin probar el alcohol	.71
4. Paso días sin beber alcohol	.63
73. Paso meses sin beber alcohol	.62
58. En el curso de una noche me paso a bebidas no-alcohólicas	.59
35. Bebo alcohol en mi hogar	-.46
62. Demoro mucho en vaciar mi copa	.45
3. Dejo vasos de alcohol a medias, sin terminarlos	.44
88. Muchos de mis amigos no beben alcohol	.37
89. Cuando me reúno con buenos amigos, habitualmente bebemos alcohol	-.35
63. No necesito esperar una ocasión especial para beber	-.34

hol. La persona que bebe alcohol siempre y en todos los lugares necesariamente bebe más que las personas que sólo lo hacen en circunstancias prefijadas.

- Factor E_{II} (6'8% v.e.): "Cultivo y planificación del consumo". Este factor describe una conducta según la cual se planifica la compra y aprovisionamiento de bebidas alcohólicas; se escoge el vaso de acuerdo con el tipo de bebida y la bebida de acuerdo con la comida; se bebe en casa y se elige el momento para saborear lo que se consume. En resumen, se es exigente en todo lo que se refiere a la ingestión de alcohol.

NATHAN y O'BRIEN (1971) describen tales formas de conducta en sus observaciones experimentales de alcohólicos y no-alcohólicos, caracterizándolas como el estilo típico de los sujetos no-alcohólicos. En el modelo socio-cultural, se califica esta conducta como forma ritualista de consumo. En estos casos, el alcohol no se utiliza como alimento o droga, sino que se bebe como parte de un determinado estilo hedonista, que se cultiva en casa y como anfitrión.

- Factor E_{III} (7'5% v.e.): "Consumo social extrafamiliar": Este factor describe una forma de consumo que se practica siempre acompañado, ya sea con amigos, compañeros de trabajo, desconocidos, en el club, o en fiestas de empresa, animándose unos a otros a beber. Probablemente se detecten aquí las conductas descritas en los modelos de aprendizaje social como "consumo alcohólico como forma de interacción social". La ingestión de alcohol sirve como un vehículo de contacto social o como foco alrededor del cual se agrupan otras actividades sociales; se utiliza como símbolo de unión, armonía y amistad.

- Factor E_{IV} (4'1% v.e.): "Consumo ocasional y mínimo". Este factor incluye ítems según los cuales aparentemente se bebe alcohol sólo por convención social, en ciertas ocasiones y circunstancias, sin un interés personal. Los sujetos pueden pasar mucho tiempo sin consumir alcohol, no beben en casa, las reuniones que celebran no implican ingestión de alcohol. Cuando beben, dejan los vasos sin acabar. Este comportamiento se encuentra más fácilmente en abstemios o sujetos primariamente desinteresados en el alcohol, dentro de una sociedad que consume alcohol y, en la cual, el ingerir alcohol significa una parte considerable de la cultura y de la vida social. Por lo tanto, se participa porque no se tiene otra alternativa (SOBELL y cols., 1972; FOY y SIMON, 1978).

Por otra parte, esta conducta también es posible entre personas que realmente son bebedores excesivos y que intentan controlar y regular su consumo, pasando por largos períodos de abstinencia de alcohol, los cuales pueden estar seguidos por períodos de consumo excesivo (WISEMAN, 1981).

4) Efectos inmediatos del alcohol (Perfiles bipolares H₂):

Los sujetos evaluaron su estado de ánimo subjetivo tras el consumo de alcohol en base a pares de adjetivos bipolares (por ejemplo: "triste...alegre"). Puesto que se podía suponer que los efectos serían diferentes según la cantidad ingerida, se les pidió que evaluaran su estado subjetivo tras el consumo de pequeñas y elevadas dosis de alcohol. Al realizar el análisis factorial por separado de estos perfiles, idénticos, salvo por la cantidad de ingestión, se obtuvieron cuatro factores concordantes para cada uno. Estos factores se pueden interpretar en paralelo y explican, como media, un 45'8% de la varianza total. Los factores se denominaron: "Depresión-

-Euforia", "Autoafirmación", "Apagamiento" e "Irritabilidad agresiva". Se pueden considerar como formas básicas de cambio de humor por efectos del alcohol. Corresponden a las dimensiones según las cuales se construyeron los perfiles bipolares.

La correspondencia entre los factores nos hizo suponer que dosis pequeñas y elevadas de alcohol producen los mismos efectos subjetivos, por lo cual se realizó un análisis factorial conjunto. Con él, se obtuvieron seis factores: Nuevamente, los factores "Apagamiento" e "Irritabilidad agresiva", que por lo visto aparecen en las mismas personas tanto si consumen mucho como poco alcohol, por lo que parecían independientes de la dosis ingerida. Por otra parte, aparecen dos factores de "Depresión-Euforia" y dos factores de "Autoafirmación", para dosis pequeñas y elevadas, respectivamente. En este caso, los sujetos que reaccionan con euforia y/o autoafirmación tras el consumo de pequeñas cantidades de alcohol, no reaccionan así ante dosis más elevadas y viceversa.

La bibliografía revisada hacía pensar en la probabilidad de un efecto dependiente de la cantidad ingerida. En la primera parte de este trabajo se informó acerca de investigaciones que detectaron un primer efecto instigador y euforizante del alcohol que, tras la ingestión de cantidades mayores revertía, produciendo apagamiento, depresión y -ocasionalmente- ansiedad, en el sujeto. Sin embargo, la posibilidad de un proceso inverso no se había planteado y no tiene aún explicación teórica. Tampoco se explica por qué no surge este fenómeno en el factor "Apagamiento", ni por qué hay personas que reaccionan de una u otra forma.

- Colocar aquí Cuadro 24 -

3.5. Relaciones entre los factores de las covariables directas y las variables de control.-

Cuadro 24: Análisis factorial de la Escala H2:
"Efectos inmediatos del alcohol"
(N = 230; v.e. = 45'8%; n° de ítems: 34)

Factor H2_I

"Depresión tras el consumo de mucho alcohol"
(% de v.e. = 8'8)

Item: "Tras haber bebido mucho alcohol, me sentí..."

			<u>Saturación</u>
96. ... contento	-	deprimido	.75
97. ... esperanzado	-	resignado	.70
85. ... desinhibido	-	inhibido	.68
94. ... a gusto	-	cohibido	.64
82. ... relajado	-	tenso	.55
92. ... ordenado	-	confuso	.46
98. ... desanimado	-	animoso	-.35

Factor H2_{II}

"Depresión tras el consumo de poco alcohol"
(% v.e. = 9'3)

Item: "Tras haber bebido un poco de alcohol, me sentí..."

			<u>Saturación</u>
80. ... esperanzado	-	resignado	.77
79. ... contento	-	deprimido	.71
77. ... a gusto	-	cohibido	.65
68. ... desinhibido	-	inhibido	.65
75. ... ordenado	-	confuso	.50
65. ... relajado	-	tenso	.50
72. ... pacífico	-	agresivo	.44

Factor H2_{III}

"Autoafirmación tras el consumo de poco alcohol"
(% de v.e. = 9'3)

Item: "Tras haber bebido un poco de alcohol, me sentí..."

			<u>Saturación</u>
67. ... tímido	-	autoafirmativo	.73
81. ... desanimado	-	animoso	.67
71. ... sin energías	-	enérgico	.61
74. ... impotente	-	dominante	.60
78. ... desamparado	-	protegido	.56
69. ... muy sensible	-	insensible	.56
73. ... irritado	-	ecuaníme	.52

Cuadro 24 (continuación):

Factor H2_{IV}
"Apagamiento"
(% de v.e.=5'4)

<u>Item</u>		<u>Saturación</u>
	"Tras haber bebido mucho alcohol, me sentí..."	
87. ... despierto	- cansado	.62
83. ... excitado	- agradablemente relajado	.61
88. ... sin energías	- enérgico	-.47
92. ... ordenado	- confuso	.37
	"Tras haber bebido un poco de alcohol, me sentí..."	
80. ... esperanzado	- resignado	.16
	"Tras haber bebido mucho alcohol, me sentí..."	
82. ... relajado	- tenso	.16
	"Tras haber bebido un poco de alcohol, me sentí..."	
77. ... a gusto	- cohibido	.16

Factor H2_V
"Irritabilidad agresiva"
(% de v.e. = 5'3)

<u>Item</u>		<u>Saturación</u>
	"Tras haber bebido mucho alcohol, me sentí..."	
89. ... pacífico	- agresivo	.61
	"Tras haber bebido un poco de alcohol, me sentí..."	
73. ... irritado	- ecuánime	.47
	"Tras haber bebido mucho alcohol, me sentí..."	
92. ... ordenado	- confuso	.40
86. ... muy sensible	- insensible	-.29
94. ... a gusto	- cohibido	.26
84. ... tímido	- autoafirmativo	.20
82. ... relajado	- tenso	.15

Cuadro 24 (continuación):

Factor H2 _{VI}			
"Autoafirmación tras el consumo de mucho alcohol"			
(8 de v.e. = 7'4)			
<u>Item:</u> "Tras haber bebido mucho alcohol, me sentí..."			<u>Saturación</u>
91. ... impotente	-	dominante	.68
98. ... desanimado	-	animoso	.65
34. ... tímido	-	autoafirmativo	.60
95. ... desamparado	-	protegido	.53
88. ... sin energías	-	enérgico	.51
86. ... muy sensible	-	insensible	.40
93. ... desatendido	-	estimado	.40

Para no extendernos excesivamente, no presentaremos un informe detallado de las correlaciones entre todas las características demográficas y los factores de las distintas covariables, limitándonos a dar una visión global de aquellos factores que mostraron correlaciones significativas (mínimo .20) con las características demográficas:

- El factor C_{III} : "Normas restrictivas", presenta correlaciones negativas con todas las características del nivel socioeconómico (de $-.203$ hasta $-.323$). La restrictividad de las normas disminuye, por lo tanto, con el aumento del nivel socioeconómico. Esto coincide con el "síndrome autoritario" que, se supone, existe en la clase social baja y del cual las normas referentes al alcohol representarían sólo una parte. También CAHALAN y cols. (1969), en su muestra representativa americana, detectaron una restrictividad mayor en las normas de consumo de la clase baja. Por otra parte, el resultado confirma también la suposición en sentido que se trata de un factor que correlaciona con inteligencia y cultura.

- El factor C_{IV} : "Segregación social de los alcohólicos", evidencia una relación positiva con la edad (.250). Es posible que esta correlación se pueda atribuir a que los sujetos más jóvenes han desarrollado una postura más tolerante frente al alcohólico y a que el concepto moralista respecto al alcoholismo pierde paulatinamente terreno.

Con respecto a los factores de "Motivación para el consumo", se puede decir que casi todos muestran correlaciones con las distintas características demográficas:

- El factor $D1_I$: "Reacción a la crítica y al mal humor" disminuye como motivación para el mayor consumo de alcohol al aumentar el ingreso neto (.297), como también disminuye el factor $D2_{II}$: "Temor al ridículo" como razón para limitar la ingestión del alcohol (.360). Da la impresión que el creciente bienestar económico reafirma al sujeto, o hace inadecuado el alcohol como medio para producir mayor.

autoafirmación.

- El alcohol se utiliza preferentemente como medio de "Superación de la inseguridad social" ($D1_{III}$), cuando los sujetos residen en poblaciones pequeñas (.208).
- El factor $D2_I$: "Necesidad de rendimiento", asciende con la cuantificación laboral de los sujetos, como motivo para limitar el consumo, lo que parece comprensible (.239).
- El factor $D2_{III}$: "Motivos de salud", que lleva a la limitación de la ingestión de alcohol, muestra también un ascenso con la edad (.209), lo que puede explicarse por el peor estado general de salud y la mayor preocupación por la misma en personas mayores.

Con respecto a los "Patrones y circunstancias de consumo", destaca sobre todo el factor E_{II} : "Cultivo y planificación del consumo" el cual muestra correlaciones positivas con todas las variables referentes a nivel socioeconómico (desde .220 hasta .390). Este hecho se relaciona seguramente con el diferente estilo de vida de las clases sociales, especialmente con la tendencia a formas culturales o estéticas de conducta en las clases más altas. Esto haría también comprensible el mayor consumo de vino en tales estratos sociales. Otro factor que podría intervenir sería la capacidad supuestamente más reducida para soportar retrasos en sus gratificaciones, de la clase baja (VOLLMER y KRAEMER, 1981).

- Los "Excesos alcohólicos en todo momento y lugar" (E_I), disminuyen con el aumento de ingresos económicos (-.242), mientras que el "Consumo social extrafamiliar" (E_{III}), disminuye con la edad (-.294) y la mayor cualificación laboral (-.223). El "Consumo ocasional mínimo" (E_{IV}), parece ser sobre todo una característica del estilo femenino de ingestión de alcohol (.248), lo que concuerda con el hecho que, en general, las mujeres indican menores niveles de consumo.

En cuanto a los factores referentes a los "Efectos inmediatos del alcohol", solamente "Autoafirmación tras el consumo de poco alcohol" ($H2_{III}$), muestra una correlación relevante, en concreto, con el nivel de escolaridad alcanzado, lo cual, por otra parte, es difícil de interpretar.

Por lo tanto, se pueden resumir estos resultados afirmando que las variables referentes al nivel socioeconómico muestran las relaciones más significativas con las covariables directas, mientras que la situación familiar no parece tener prácticamente influencia alguna sobre el consumo. El sexo y la edad sólo juegan un papel relevante en algunas covariables aisladas.

Llama especialmente la atención el mayor cultivo y la menor restricción de las normas de las clases sociales altas. Parecería que la conducta frente al alcohol en la clase social alta se rige por normas prescriptivas, mientras que en la clase baja se rige por normas proscriptivas. Puesto que las normas familiares prescriptivas para el cultivo y planificación del consumo de alcohol faltan casi totalmente en la clase baja, se podría concluir que en este entorno se producen con mayor facilidad excesos alcohólicos, así como un mayor consumo social extrafamiliar. Parece que las clases sociales se distinguen más por el estilo y los patrones normativos de la ingestión de alcohol, y menos por los determinantes directos del consumo, o por la modificación subjetiva del estado de ánimo bajo efectos del alcohol. Estos últimos podrían depender más bien de variables de personalidad.

3.6. Relaciones entre los factores de las covariables y las variables de criterio.-

El estudio global se planificó de manera que la totalidad de los 1.500 sujetos respondieran a las escalas criterios, aunque sólo una sexta parte respondió cada vez a

una escala de covariables. Por ello, fue posible calcular las correlaciones de todos los factores de las covariables con todos los criterios, pero no así las intercorrelaciones entre las puntuaciones de las distintas covariables. Por lo tanto, no fue posible efectuar una regresión múltiple con todas las covariables. Sólo se pudieron determinar las correlaciones simples de los distintos factores de las covariables directas con los factores criterio. En base a esto coeficientes se determinaron las correlaciones múltiples de todos los factores de cada covariable directa con los factores criterio.

El Cuadro 25 contiene una lista de estas correlaciones múltiples entre los factores de las covariables y las puntuaciones de los factores criterio.

- Colocar aquí Cuadro 25 -

El Cuadro 26 muestra las correlaciones entre los distintos factores de las covariables y las puntuaciones individuales de los factores criterio.

- Colocar aquí Cuadro 26 -

3.6.1. Predicción de los criterios en base a las covariables directas.

Como se puede observar en el Cuadro 25, entre los coeficientes de correlación múltiples aparecen algunos valores bastante altos. En el estudio de CAHALAN (1970), la correlación más alta entre un grupo de covariables y la puntuación de problemas causados por el consumo de alcohol fue de .350. Con una batería de diez grupos de covariables se logró sólo una correlación múltiple de .42 con la mencionada puntuación de problemas causados por el consumo. Sin embargo, habría que tomar en cuenta que las corre

Cuadro 25: Correlaciones múltiples entre los factores de las covariables y las puntuaciones de las variables criterio

Nivel de consumo	C Actitudes y Normas	D1 Aumento del consumo	D2 Reducción del consumo	E Patrones y circunstancias	H2 Efectos Inmediatos
Frecuencia - cerveza (A_{13})	.3615	.3071	.1682	.5282	.2396
Frecuencia - vino (A_{14})	.2419	.2587	.1556	.3835	.2787
Frecuencia - bebidas "fuertes" (A_{15})	.2518	.3707	.1382	.6949	.1895
Cantidad - cerveza (A_{31})	.4632	.4490	.3002	.6845	.3461
Cantidad - vino (A_{32})	.3000	.4821	.3189	.3982	.3510
Cantidad - bebidas "fuertes" (A_{33})	.4232	.5145	.2784	.5354	.4110
Cantidad mínima (A_{34})	.2700	.3059	.2800	.3789	.1591
Puntuación global de consumo (A_{35})	.4932	.6098	.3509	.5804	.4350
<u>Problemas causados por el consumo</u>					
B _I : "Crítica familiar y autocrítica"	.5330	.7433	.5185	.7277	.3231
B _{II} : "Problemas laborales y económicos"	.2800	.4135	.1466	.5227	.2938
B _{III} : "Problemas sociales y de salud"	.3015	.2328	.2017	.2258	.2864

Quadro 26: Correlaciones entre los factores de las covariables y los factores criterios

Escala / Factor

C: Normas y actitudes

	A ₁₃	A ₁₄	A ₁₅	A ₃₁	A ₃₂	A ₃₃	A ₃₄	A ₃₅	B _I	B _{II}	B _{III}
C _I : "Alcohol como fomentador del contacto social"	.298	.048	.076	.264	.145	.082	.016	.244	.005	.078	.186
C _{II} : "Recomendación de tratamiento para alcohólicos"	-.005	-.148	.016	-.052	-.010	-.000	.013	-.042	.092	-.021	-.107
C _{III} : "Normas restrictivas"	.152	.012	.097	.276	.089	.284	-.242	.255	.347	.197	.221
C _{IV} : "Segregación social de los alcohólicos"	-.137	-.185	-.219	-.257	-.247	-.303	-.118	-.342	-.394	-.183	-.020

D: Motivación para el consumo

D1: Aumento del consumo

D1 _I : "Reacción a la crítica y al mal humor"	.201	.175	.259	.362	.327	.388	-.141	.455	.684	.277	.171
D1 _{II} : "Demanda social y disfrute del consumo"	.179	.111	.117	.090	.118	-.001	.270	.148	.004	-.157	-.119
D1 _{III} : "Superación de la inseguridad social"	.148	.155	.238	.250	.334	.338	-.030	.378	.291	.264	.096
D2: Reducción del consumo											
D2 _I : "Necesidad de rendimiento"	.117	.152	.111	.135	.208	.170	.121	.226	.169	-.091	-.062
D2 _{II} : "Temor al ridículo"	.119	.034	.082	.264	.241	.220	-.193	.268	.489	.093	.186
D2 _{III} : "Motivos de salud"	.023	.005	-.011	-.047	-.020	.016	.163	-.016	-.034	-.068	-.074

Quadro 26 (continuación):

E: Patrones y circunstancias de consumo											
A ₁₃	A ₁₄	A ₁₅	A ₃₁	A ₃₂	A ₃₃	A ₃₄	A ₃₅	B _I	B _{II}	B _{III}	
- .293	.254	.626	.417	.308	.505	-.179	.592	.700	.372	.142	E _I : "Excesos alcohólicos en todo momento y lugar"
.098	.273	.203	-.111	.157	-.002	.281	.101	-.072	-.166	-.142	E _{II} : "Cultivo y planificación del consumo"
.234	.075	.095	.481	.174	.123	.161	.319	-.136	.269	-.074	E _{III} : "Consumo social extrafamiliar"
-.359	-.055	-.207	-.226	-.094	-.129	-.082	-.267	-.126	.187	-.052	E _{IV} : "Consumo ocasional y mínimo"
H2: Efectos inmediatos del alcohol											
- .003	-.090	.035	.024	-.131	-.020	-.090	-.047	.096	-.009	.060	H2 _I : "Depresión tras el consumo de mucho alcohol"
.023	-.182	-.058	-.154	-.223	-.118	.065	-.190	-.079	-.071	.035	H2 _{II} : "Depresión tras el consumo de poco alcohol"
-.144	-.147	-.134	-.211	-.137	-.276	-.013	-.275	-.118	-.088	-.112	H2 _{III} : "Autoafirmación tras poco alcohol"
-.128	.090	-.030	-.148	-.045	-.109	.060	-.124	-.042	-.095	-.226	H2 _{IV} : "Apegamiento"
.095	.073	.088	.144	.164	.163	-.031	.195	.162	.151	-.105	H2 _V : "Irritabilidad agresiva"
.104	.038	.069	.064	.093	.200	-.091	.148	.068	.204	.051	H2 _{VI} : "Autoafirmación tras mucho alcohol"

laciones más altas se refirieron a variables que nosotros denominaríamos "covariables directas" (actitud frente al alcohol y apoyo del consumo por el ambiente). Es lógico, en cualquier campo que se estudie, que aquellas covariables que tienen una relación directa con el comportamiento en cuestión muestren las correlaciones más altas con tal comportamiento, en comparación con las variables temáticamente más lejanas como, por ejemplo, características demográficas o variables de la personalidad (las cuales no se estudian en CAHALAN).

También se observan correlaciones altas entre los diferentes factores de las covariables y los criterios -mucho mayores, de hecho, que las correlaciones de los criterios entre sí y que de las correlaciones de variables demográficas con otros factores. Esto habla a favor de la hipótesis mencionada anteriormente, en sentido que no es el nivel de alcohol consumido en sí el que produce problemas, sino el trasfondo ambiental y normativo.

Respecto a las variables de consumo, se puede observar que la peor predicción, a través de las covariables se refiere al consumo de vino y a la variable de cantidad mínima. Por otra parte, las variables referentes a cerveza y bebidas "fuertes", así como la puntuación global de consumo, apenas muestran correlaciones bajas.

Partiendo de los grupos temáticos, la escala E : "Patrones y circunstancias de consumo", muestra claramente la mayor cantidad de correlaciones altas. El Cuadro 26 permite reconocer que estas correlaciones altas y múltiples se pueden atribuir, sobre todo, al factor E_I : "Excesos alcohólicos en todo momento y lugar", y al factor E_{III} : "Consumo social extrafamiliar". Habría que señalar que parte de estas correlaciones altas se refiere a relaciones triviales: Para lograr un nivel alto de consumo alcohólico, necesariamente hay que beber en muchas ocasiones, mientras que los que consumen poco alcohol forzosamente se

limitarán a pocas ocasiones. Probablemente, los que consumen mucho alcohol no beben, en realidad, en ocasiones distintas que los que consumen poco, sino que, simplemente, beben en más ocasiones. Si esta interpretación es correcta, los que consumen poco deberían mostrar una conducta muy consistente, sin cambiar su estilo de consumo.

La suposición en sentido que los "Patrones y circunstancias de consumo" se refieren sobre todo a desviaciones de una conducta normal claramente delimitada, es decir, cualquier tipo de alteraciones y desviaciones de la norma, se apoya en el hecho que, como demostró luego otra inspección de los datos, aparte de los siete ítems de mayores saturaciones por factor mediante los cuales hemos presentado los factores de la escala E, se detectaron otros 31 ítems que, por sí solos, mostraron correlaciones de por lo menos .300 con al menos uno de los criterios, pero cuyo contenido no se podía coordinar ni interpretar claramente y que no sugerían nuevos aspectos.

En segundo lugar con respecto a la predicción de los distintos criterios se encuentran los factores de la escala D: "Motivación para el consumo alcohólico", referentes al aumento del consumo o a desencadenantes de una conducta de ingestión de alcohol. En el Cuadro 26 se observa que las correlaciones más altas se dan sobre todo en los factores DI_I : "Reacción a la crítica y al mal humor" y DI_{II} : "Superación de inseguridad social", los cuales correlacionan positivamente con los criterios. También aquí se puede esgrimir en parte el argumento de las relaciones triviales: Quien bebe más, también debe tener más razones o racionalizaciones para beber. Nuevamente el argumento se ve apoyado por una serie de ítems individuales, que por sí solos muestran correlaciones altas con los criterios. En la escala D se obtuvieron también 31 ítems con correlaciones mayores a .400 con al menos un criterio. Nuevamente, estos ítems no son los que muestran las más altas

saturaciones en los factores. En el caso de los ítems de motivación fue difícil encontrar siquiera algunos que no mostrasen correlaciones considerables con los criterios.

Por otra parte, las correlaciones altas aparecen, sobre todo, con respecto a las variables de cantidad y no en las puntuaciones de frecuencia, como era de esperar de acuerdo con el argumento presentado más arriba. La escala D2, referente a las limitaciones en el consumo de alcohol muestra correlaciones considerablemente más bajas que la escala D1.

Los factores de la escala C: "Normas y actitudes frente al consumo de alcohol, los alcohólicos y los abstemios", presentan correlaciones múltiples de valor intermedio con los criterios. Entre ellos el factor C_{IV}: "Segregación social de los alcohólicos" contribuye al máximo en elevar estos valores, con correlaciones negativas frente a las variables de nivel de consumo.

Los factores de la escala H2: "Efectos inmediatos del alcohol", sorprenden por sus bajas correlaciones. Solamente en la puntuación global de consumo y en la variable referida al consumo de bebidas "fuertes" permiten un pronóstico más o menos válidos. Esto es sorprendente en la medida que los ítems tienen un contenido muy similar a una parte de los ítems de la escala D1. Puede que aquí haya influido el tipo de cuestionario, al formularse los ítems como perfiles de polaridad, en vez de utilizar el formato de cuestionarios de elección de respuesta múltiple, como en las otras escalas. De acuerdo con nuestra impresión subjetiva, muchas personas tuvieron dificultades con este método y, por lo tanto, los resultados podrían estar distorsionados. Pero también es posible que los efectos buscados por el sujeto no se refieran preferentemente a un cambio en el estado de ánimo subjetivo, o que, al preguntar acerca de determinantes o causas para el consumo o su limitación se puedan detectar más facil-

mente diferencias entre los diversos grupos de personas, puesto que la concreción de situaciones permite una mayor precisión y todos se entienden más o menos lo mismo en cada ítem, mientras que los estados de ánimo subjetivos son más imprecisos.

El Cuadro 25 muestra que los coeficiente de correlación múltiple de las relaciones entre los grupos temáticos de las covariables y los problemas causados por el consumo de alcohol en parte son muy altos. Se puede predecir muy bien el factor B_I : "Crítica familiar y autocrítica":

- C_{III} : "Normas restrictivas" (.347);
- C_{IV} : "Segregación social de los alcohólicos" (-.394);
- $D1_I$: "Reacción a la crítica y al mal humor" (.684);
- $D2_{II}$: "Temor al ridículo" (.489);
- E_I : "Excesos alcohólicos en todo momento y lugar" (.700).

En el factor B_{II} : "Problemas laborales y económicos", existe una única correlación de más de .300 (.372), con el factor E_I . El factor B_{III} : "Problemas sociales y de salud", no muestra una correlación importante con ninguno de los factores de las covariables directas.

3.6.2. Interpretación de las correlaciones entre los factores de las covariables directas y las variables criterioles, atendiendo al contenido.

Una primera mirada al Cuadro 26 nos confirma nuestra suposición de que los problemas causados por el consumo de alcohol no suelen ser el resultado directo del nivel de consumo y que la cantidad de alcohol ingerido es sólo uno entre varios factores en el proceso de problematización.

Los factores de las covariables directas en parte muestran correlaciones mucho mayores con los problemas causados por el consumo de alcohol que las variables de consumo mismo. Sólo cuando se une un elevado consumo de al-

cohol con determinadas covariables directas, o con circunstancias concomitantes con la ingestión de alcohol, surgen problemas por tal ingestión. Parecen existir tres tipos de covariables directas: Unas, que parecen ser irrelevantes para toda la problemática del alcoholismo, es decir, para los dos tipos de criterios; otras, que se relacionan con un elevado consumo de alcohol, pero que no ocasionan problemas; finalmente otras, que están unidas tanto a un elevado consumo, como a una considerable problematización. Hemos dividido los factores de las covariables en estos tres grupos, para lo cual hemos fijado un criterio arbitrario a partir del cual tomaremos en consideración una correlación igual o superior a .200 . De esta manera, podemos caracterizar los tres grupos:

1) Factores irrelevantes de las covariables directas:

Entre los factores irrelevantes, es decir, que no muestran una relación importante con los criterios y que representan, por lo tanto, aspectos del comportamiento relacionados con el alcohol que no tiene efectos sobre su problematización (salvo que existieran relaciones no-lineares), se encuentran los siguientes:

- C_{II}: "Recomendación de tratamiento, por alteraciones conductuales, para alcohólicos": Parece ser más bien una expresión neutral-objetiva de opinión, que no tiene relación con la propia conducta (y que seguramente se da sin tener experiencia en el terreno).

- D2_{II}: "Motivos de salud" (para la limitación en el consumo): Estos motivos tal vez son eficaces en todas las personas, pero en forma pasajera. También es posible que la tolerancia física diferencial al alcohol reduzca la correlación, puesto que en algunas personas, cantidades mínimas de alcohol ya producen desagradables síntomas físicos, mientras que otras tienen estos síntomas sólo cuando beben grandes cantidades.

- De las variables de la escala H2: "Efectos inmediatos

del alcohol", dos parecen irrelevantes y los otros dos factores de esta escala tampoco muestran correlaciones muy altas con los criterios. Es posible que esto se deba al hecho que esta escala es poco clara por la estructura de sus ítems. Por esta razón, los resultados deben interpretarse con precaución. Sin embargo, las correlaciones bajas también coinciden con los resultados citados más arriba, según los cuales el refuerzo por beber no se debe solamente al efecto inmediato del alcohol y, en especial, no se debe a un efecto euforizante o ansiolítico. Parece preferible aplicar aquí un paradigma de aprendizaje operante, según el cual el entorno situacional y social, la conducta de consumo mismo, o la conducta realizada bajo efectos del alcohol, tienen un poder reforzante más elevado que el efecto inmediato del alcohol sobre el organismo.

- H2_I: "Depresiones tras el consumo de mucho alcohol". En este caso, la baja correlación puede explicarse probablemente de la siguiente manera: Cuando la consecuencia negativa aparece tan tarde en el transcurso temporal (es decir, cuando ya se ingirió mucho alcohol), no se produce un aprendizaje o una relación entre consumo y depresión, desde el punto de vista de un condicionamiento.

- H2_V: "Irritabilidad agresiva". Las correlaciones bajas en este factor pueden interpretarse en el sentido que, o no se trata de un efecto deseado, o el entorno social lo ignora, de modo que no influye sobre la conducta de consumo del sujeto. También podría ser que una parte lo valorara en forma negativa, con lo cual los efectos se compensarían en la correlación.

2) Factores de las covariables directas que no se relacionan con un consumo problemático de alcohol:

Los siguientes factores de las covariables directas muestran correlaciones considerables con los criterios

de nivel de consumo, pero no con los factores de problemas ocasionados por el alcohol. Por lo tanto, son circunstancias relacionadas con el alcohol que, aún tras un elevado consumo, no ocasionan problemas (repetimos: siempre que no existan relaciones no-lineares):

- C_I : "Alcohol como fomentador del contacto social": Aquí queda confirmado, como en anteriores estudios empíricos, que una utilización social del alcohol no es problemática (mientras que la utilización personal lo es). La novedad estriba en su correlación con un consumo elevado, sobre todo en el caso de la cerveza. Pero parece que con tales motivaciones, ni el bebedor mismo, ni su entorno social, problematizan ese consumo. Es probable que la ingestión de alcohol se realice, en este caso, sólo en circunstancias permitidas por la sociedad, de manera que no interfiera con expectativas laborales o económicas.

- $D1_{II}$: "Demanda social y disfrute del consumo" (como motivación para beber): Este factor sólo correlaciona en forma relevante con la cantidad mínima de consumo (el consumo de un vaso o menos, sin ninguna preferencia). En este factor se encuentran en primer plano las cualidades positivas del alcohol, pero que sólo se disfrutaban en ocasiones excepcionales, externamente reguladas. Como queda reflejado en las teorías del aprendizaje, parece que estas cualidades positivas no llevan a seguir bebiendo ni conducen a la dependencia física, por lo cual, no son problemáticas.

- $D2_I$: "Necesidad de rendimiento" (como motivo para limitar la ingestión de alcohol): Este factor correlaciona sólo con cantidad de vino consumido y, probablemente por ello, con la puntuación global de consumo. Posiblemente

la correlación está mediatizada en parte por las variables de clase social. Como vimos, al aumentar el nivel socioeconómico se consume más vino y, a la vez, se indica más a menudo una limitación en el consumo a causa de la necesidad de rendimiento. Lo interesante es que aquellos sujetos que dan este motivo para la limitación en su ingestión alcohólica aparentemente son personas que consumen alcohol en grandes cantidades. Por lo visto, cuando el consumo está sometido a un "control realista", que lo limita cuando se hace necesario, no lleva a problemas. De hecho, a pesar del consumo elevado, se observa una correlación negativa (aunque poco importante) con el factor B_{II}: "Problemas laborales y económicos".

- E_{II}: "Cultivo y planificación del consumo": Este modo ritualizado de utilización de alcohol, o cultura sofisticada del consumo, con normas prescriptivas, posiblemente implica más bien un valor para la persona en cuestión (tal vez también un símbolo de nivel cultural elevado), que un problema. Las teorías socioculturales describen estas costumbres cuidadosas de consumo como un preventivo eficaz del alcoholismo. NATHAN y O'BRIEN (1971) comentaron la ausencia de estas formas de cultivación en sujetos alcohólicos. Según nuestros datos, parecería que, aunque este estilo de consumo corre paralelo con una elevada frecuencia de ingestión alcohólica y se consume sobre todo vino y bebidas "fuertes", correlaciona a la vez con cantidades mínimas por ocasión. Dicho de otro modo, se bebe con mucha frecuencia, pero en cantidades bajas. La clase de bebidas que se prefieren puede explicarse posiblemente por su relación con la clase social más elevada. Como vimos, estos modelos de cultivo y planificación se dan sobre todo en los niveles socioeconómicos altos. Este modo de consumo tampoco interfiere con la vida profe-

sional o económica de los sujetos, ni se problematiza des de el sujeto mismo o su entorno social (aparece una correlación negativa, aunque reducida, con los problemas ocasionados por el consumo).

- E_{IV}: "Consumo ocasional y mínimo": Como era de esperar, el factor muestra correlaciones negativas dignas de mención con las variables de frecuencia de consumo de cerveza y bebidas "fuertes" y -seguramente por estas correlaciones- con la puntuación global de consumo. Es posible que las correlaciones estén mediatizadas por la variable "sexo". Como vimos, los criterios de consumo mencionados son justamente aquéllos en los cuales las mujeres obtienen puntuaciones significativamente más bajas. Además, el estilo de consumo mínimo y ocasional es más frecuente en las mujeres. Resulta obvio que este estilo no conlleve problemas.

- H₂^{III}: "Autoafirmación tras el consumo de poco alcohol": El factor correlaciona negativamente con el nivel de ingestión de cerveza y bebidas "fuertes" y -por lo mismo- con la puntuación global de consumo. Aparentemente, aquellos sujetos que se sienten autoafirmados o asertivos tras consumir cantidades reducidas de alcohol, no sienten necesidad de seguir bebiendo y no tienen luego problemas por su consumo. Por lo cual se podría decir que estas personas consiguen lo que quieren con cantidades pequeñas de alcohol y no provocan problemas ni para ellos mismos, ni para su entorno social cercano, ni en su quehacer cotidiano.

3) Covariables directas que se relacionan con el consumo problemático de alcohol:

Todos los factores de covariables directas restantes muestran correlaciones relevantes -y en parte muy altas-

con los factores de problemas causados por el consumo. Salvo uno, todos presentan una correlación relativamente alta con los criterios de nivel de ingestión alcohólica. Se trata, por lo tanto, de circunstancias concomitantes con el consumo, bajo las cuales la ingestión elevada de alcohol ocasiona problemas.

- C_{III} : "Normas restrictivas", muestra correlaciones positivas con cantidad de consumo de cerveza y bebidas de alta gradación alcohólica, así como con la puntuación global de consumo, a la vez que presenta correlaciones positivas con los factores B_I ("Crítica familiar y autocrítica") y B_{III} ("Problemas sociales y de salud"). Es decir, cuanto más altas son las cantidades ingeridas, más restrictivas son las normas y mucho mayor la problematización por parte del individuo y su entorno social cercano (por falta de claridad del factor B_{III} , su correlación con C_{III} resulta difícil de interpretar). Se puede suponer que la restrictividad de las normas y la autocrítica proceden de la misma fuente, surgiendo naturalmente más escrúpulos cuando el consumo sobrepasa las normas generales. Hablaremos más adelante del círculo vicioso que este hecho puede provocar.

- C_{IV} : "Segregación social de los alcohólicos": Disminuye con el consumo de las bebidas de alta gradación alcohólica y con la ingestión de cantidades elevadas de todas las bebidas restantes, así como con el aumento de la puntuación global de consumo. Además, correlaciona negativamente con B_I : "Crítica familiar y autocrítica". Esto se puede interpretar considerando que quien consume cantidades socialmente aceptables y casi no consume bebidas "fuertes" puede segregar con mayor facilidad a los alcohólicos, admitiéndose a sí mismo en el rol de "consumidor normal",

diferenciado claramente del rol de alcohólico. Esta actitud puede poner en marcha el proceso de estigmatización y de segregación social. Por otra parte, quien tiene sus propios problemas en este terreno y considera que sobrepasa las normas aceptadas de consumo, puede ser más renuente a rechazar al alcohólico, temiendo que la segregación y descalificación moral del alcohólico recaiga sobre él mismo.

- D_{I} : "Reacción a la crítica y al mal humor" (como potenciadores del consumo alcohólico). Este factor muestra correlaciones en parte muy altas con la mayoría de los criterios: Con la frecuencia de consumo de cerveza y bebidas "fuertes", con los factores de cantidad de las tres clases de bebida, con la puntuación global de consumo y con los factores de problemas B_I y B_{II} . De todas las correlaciones, aquéllas con la puntuación global (.455) y con el factor B_I (.684) son las más altas. Por lo tanto, en aquellos sujetos que indican como principal motivo para una mayor ingestión de alcohol la reacción ante la crítica y el mal humor, este mayor consumo conlleva problemas. La relación entre el factor D_{I} y el factor B_I ("Crítica familiar y autocrítica") hace pensar obviamente en una interacción directa: cuanto más se beba, más insistente se hará la crítica familiar y la autocrítica, lo que llevará a su vez a un mayor consumo. También aquí parece haber un círculo vicioso.

- D_{III} : "Superación de la inseguridad social". También este motivo subjetivo para beber correlaciona positivamente con el elevado consumo de todo tipo de bebidas alcohólicas, con la frecuencia de consumo de bebidas "fuertes", con la puntuación global de consumo y con los factores de problemas B_I y B_{II} . Nuevamente se trata de una

motivación personal para beber, en la cual para lograr el efecto deseado (desinhibición o establecimiento de un contacto social satisfactorio) es necesario ingerir una gran cantidad de alcohol o una bebida de efecto rápido (recordemos que, como vimos al referirnos al factor $H2_{III}$, no se llega a problemas cuando se puede lograr un buen nivel de autoafirmación con pequeñas dosis de alcohol). También es posible que, al ingerirse mucho alcohol, se llegue a una reducción de la autocrítica lo cual a su vez haga que la percepción de la propia conducta social sea más positiva (aunque la conducta, juzgada objetivamente, sea realmente inadecuada). Al volver a estar sobrio el sujeto, surgirían autocríticas por el consumo excesivo anterior (B_I). Adicionalmente, es comprensible que si las cantidades necesarias para lograr una desinhibición, con las infracciones de normas sociales que ésta implica, son tan importantes, se produzcan forzosamente problemas laborales y económicos (B_{II}).

- $D2_{II}$: "Temor al ridículo" (como motivo para la limitación del consumo), es probablemente un corolario del motivo para la ingestión de alcohol anterior. También aquí pasa a primer plano el efecto de la propia persona sobre los demás. El factor correlaciona positivamente con las cantidades elevadas de consumo y muestra una alta correlación con el factor B_I ("Crítica familiar y autocrítica"). Es de suponer que la crítica y la autocrítica se originan por el temor a hacer el ridículo, siendo mayor este riesgo, cuanto mayores sean las cantidades ingeridas y más negativa sea la actitud del entorno familiar frente a la ingestión alcohólica. También es posible que la crítica familiar y autocrítica, o sea, la elevada problematización del consumo, pongan en marcha los procesos restrictivos referentes a la ingestión de alcohol.

- E_I : "Excesos alcohólicos en todo momento y lugar". Este factor presenta correlaciones positivas muy altas con las variables de consumo, sobre todo con la frecuencia y cantidad de ingestión de bebidas "fuertes", con la cantidad de consumo de cerveza y vino y con la puntuación global de consumo. Además, muestra una correlación positiva muy alta con el factor B_I (.700) y correlaciones relativamente altas con las demás variables de consumo y el factor B_{II} . Ya comentamos anteriormente que, en parte, estas correlaciones pueden considerarse triviales: Para llegar a un alto nivel de ingestión de alcohol es obvio que se bebe con gran frecuencia y en muchas ocasiones, es decir, también en situaciones en las que habitualmente no se consume alcohol. O, dicho al revés: Quien bebe en todo momento y lugar automáticamente alcanza un mayor consumo. Para cumplir esta condición, es preciso que los sujetos que presentan un consumo elevado beban tanto en los momentos adecuados, como en los poco habituales, mientras que los sujetos de consumo mínimo no sólo ingieran alcohol en contadas ocasiones, sino que, además, sólo beban en ocasiones prefijadas por normas estrictas.

Respecto a este factor, puede añadirse que, en los excesos alcohólicos, parece ser más problemática la infracción de normas que el consumo excesivo como tal, puesto que éste presenta una correlación menor que la del factor E_I con los factores de problemas. Por lo tanto, parecería que una ingestión elevada de alcohol conllevaría problemas sobre todo cuando tiene lugar bajo circunstancias divergentes de la norma establecida. Se confirma además la hipótesis según la cual en el caso de las bebidas "fuertes", una frecuencia medianamente regular de consumo, independientemente de la cantidad, ya representa una infracción a las normas. En todo caso, al aumentar la ingestión de bebidas de alta gradación alcohólica,

automáticamente aumentan las demás infracciones de las normas, lo que no sucede necesariamente en el caso del consumo de vino y cerveza. Complementariamente, se puede observar que tal consumo "antirreglamentario" no sólo ocasiona una problematización subjetiva más intensa, sino que también provoca problemas "objetivos", externos al sujeto. Es de suponer que este estilo de consumo interfiere con una vida laboral regular y adaptativa: Cuando se bebe en momentos no admitidos socialmente, entre éstos se encuentran situaciones que influyen directamente en el trabajo, puesto que una norma habitual de consumo, al menos en la mayoría de las profesiones es la de no ingerir alcohol durante las horas de trabajo. Recordemos que al hablar del factor $D2_I$ ("Necesidad de rendimiento"), vimos que un consumo elevado de alcohol no llega a producir problemas si se disminuye en las ocasiones que exigen un buen rendimiento. Obviamente, este control está ausente en los sujetos que cometen excesos alcohólicos en todo momento y lugar.

- E_{III} : "Consumo social extrafamiliar": Este factor, conocido en habla sajona como "peer-group drinking", presenta correlaciones con un consumo elevado de cerveza (sobre todo en cuanto a la cantidad), con la puntuación global de consumo y con el factor B_{II} : "Problemas laborales y económicos". Por el contrario, existe una relación negativa, aunque reducida, con el factor B_I : "Crítica familiar y autocrítica". Aquí el consumo alcohólico forma parte de un comportamiento extrafamiliar de tiempo libre y, seguramente por eso mismo, no provoca una problematización familiar. Recordemos que este estilo de consumo caracteriza principalmente a los sujetos más jóvenes. Parece que el sujeto vivencia este estilo de consumo más bien en forma positiva -probablemente por el va

lor y apoyo social que le presta dentro de su grupo-. El individuo probablemente no atribuye sus problemas al consumo mismo, sino más bien a aquéllos que reaccionan con sanciones negativas frente a su conducta. Parecería que la ingestión de alcohol representaría valor positivo para el sujeto y su grupo de iguales, pero no para su en torno social más lejano. En algunos casos, estos grupos pueden representar una subcultura alcohólica que el indi viduo contacta tras su segregación de la población "normal".

-H2_{IV}: "Apagamiento": Este factor es uno de los pocos factores de las covariables que muestra una correlación -negativa- digna de mención con el factor B_{III} ("Problemas sociales y de salud"). Parecería que las personas reaccionan al alcohol con un aumento de actividad son más propensas a problemas sociales y de salud, que los individuos que más bien reaccionan con una inhibición conductual. No se puede realizar una interpretación más detallada por la poca claridad de los factores implicados.

-H2_{VI}: "Autoafirmación tras el consumo de mucho alcohol". Este factor presenta correlaciones positivas con la cantidad de bebidas "fuertes" y con los problemas laborales y económicos (B_{II}). Como ya vimos anteriormente, si se puede lograr un buen nivel de autoafirmación ingiriendo pequeñas cantidades de alcohol, sólo se consumen esas cantidades y no surgen problemas. Al analizar las motiva ciones para el consumo, vimos que la superación de la in seguridad social, como motivación personal, está relacio nada con un consumo alto y problemas graves. Estos datos se confirman con el factor H2_{VI}, en el cual, para lograr el efecto deseado, también parece hacer falta una inges tión elevada de alcohol. Parecería que se consumen bebi-

das de alta gradación alcohólica para lograr lo antes posible una alteración del estado psíquico en la dirección deseada. El efecto parece ser subjetivo: bajo la influencia del alcohol, el individuo tiende a juzgar su consumo y a sí mismo como positivos. Por otra parte, el entorno social no comparte esta opinión, lo que provoca problemas laborales y económicos.

4) Elaboración de nuevos modelos del consumo problemático de alcohol:

Centrándonos en las correlaciones elevadas en torno al factor B_I ("Crítica familiar y autocrítica"), podemos formular tentativamente un nuevo modelo de alcoholismo, o de consumo problemático de alcohol:

Un individuo con un consumo problemático de alcohol dispone -por una parte- de normas de consumo muy restrictivas (C_{III}) que, según parece, comparte con su entorno social más cercano. Por otra parte, manifiesta un exceso conductual respecto a su conducta frente al alcohol, al ingerirlo también en momentos y situaciones no establecidas por las normas de su grupo social (E_I). El nivel de alcohol ingerido es sólo una parte del exceso conductual, de la infracción a las normas. Aparece una notable discrepancia entre estas normas y su conducta, lo que provoca una serie de problemas: Surge la crítica externa y la autocrítica por su forma de beber (B_I), puesto que tanto el individuo como su entorno más cercano comprueban con preocupación que el consumo sobrepasa las propias normas. Esto desencadena a su vez las siguientes reacciones: a) Consumo alcohólico como reacción a la crítica y al mal humor ($D1_I$); b) Intentos de restricción del consumo por temor al ridículo ($D2_{II}$); c) Temor a una descualificación moral y a la estigmatización como alcohólico, con la consiguiente segregación social (C_{IV}). Por

otra parte, el consumo de alcohol como reacción a la crítica y al mal humor se realiza en momentos determinados personalmente y no necesariamente en ocasiones admitidas por la sociedad, con lo cual surge nuevamente un exceso alcohólico (E_I). Paralelamente, el temor al ridículo ($D2_{II}$), a la descalificación moral y a la segregación social, conllevan un aumento de la restrictividad de las normas respecto al propio consumo. Con ello, se cierra el círculo vicioso.

La "colisión" entre las normas restrictivas y los excesos conductuales es de importancia central en este modelo. Parecería que la existencia de normas restrictivas provoca también los intentos de restricción por temor al ridículo o, dicho de otro modo, el temor al ridículo parece ser una parte de estas normas. Uno sólo de los dos factores (exceso alcohólico o normas restrictivas) no parece ocasionar un proceso de problematización. Es de suponer que normas muy restrictivas, junto con un consumo muy reducido de alcohol en situaciones sancionadas positivamente por la sociedad, no son problemáticos. Igualmente, una ingestión elevada de alcohol en momentos y situaciones no admitidas por la sociedad no causará ninguna problematización en los casos en que, ni el individuo, ni su entorno social más cercano, compartan las normas restrictivas de esa sociedad. Este último tipo de consumo probablemente se relaciona con el factor B_{II} , que hemos interpretado como "factor de irresponsabilidad" ("Problemas laborales y económicos"). En este caso, surgen confrontaciones con el entorno social más lejano, provocadas por el consumo de alcohol o sus efectos, pero el individuo parece vivenciarlas como problemas externos a

El, sin cuestionarse su propia conducta, pese a que ésta sea diferente a las normas establecidas (E_I). Esta sería una segunda forma de consumo problemático de alcohol, pero que no se manifiesta tan claramente como la primera en las variables y sujetos estudiados en nuestra investigación.

Aparte de los excesos de consumo, las siguientes covariables directas correlacionan en forma relevante con B_{II} : D_{I_I} : "Reacción a la crítica y al mal humor"; $D_{I_{III}}$: "Superación de la inseguridad social"; $E_{I_{III}}$: "Consumo alcohólico extrafamiliar"; y $H2_{VI}$: "Autoafirmación tras el consumo de mucho alcohol". Da la impresión que los sujetos que pertenecen a estas categorías de alcoholismo, o consumo problemático, se perciben positivamente a sí mismos bajo influencia del alcohol. A diferencia de los sujetos descritos en primer lugar, no temen hacer el ridículo al estar ebrios, ni temen las sanciones negativas de la sociedad. Por el contrario, se sienten autoafirmativos tras la ingestión de alcohol, apoyados por un grupo de iguales que opinan como ellos. Es posible que se considere mejor la propia conducta de contacto social bajo efectos del alcohol, en comparación con la conducta lúcida ($D_{I_{III}}$), por el hecho que sólo en estado de ebriedad se recibe refuerzo social de parte del grupo. Pero también es posible que la integración en el grupo de consumidores asiduos de alcohol se realice tras la segregación social y el fracaso en otros ambientes (por ejemplo, tras problemas laborales y económicos).

La hipótesis más frecuentemente confirmada por estudios empíricos, según la cual la ingestión social de alcohol no es peligrosa, en contraste con la utilización personal, podría precisarse afirmando que una utilidad social del alcohol, como la que surge en nuestro estudio en relación con los factores C_I ("Alcohol como fomen

tador del contacto social"), D_{III} ("Superación de la inseguridad social") y E_{III} ("Consumo social extrafamiliar"), aunque correlacionan considerablemente con el nivel de consumo, no conllevan una gran problematización. En el caso de la utilización personal relacionada con problemas, parece tratarse sobre todo de una motivación de consumo desencadenada fundamentalmente como reacción a la crítica y al mal humor. Por otra parte, el efecto del alcohol no se percibe como positivo en estos casos, ni tampoco como un alivio al malestar (H2).

Creemos que el modelo descrito, cubre, junto con el primer modelo, una serie de resultados empíricos obtenidos en otros estudios (por ejemplo, el frecuente alcoholismo en personas de entornos abstemios y que empiezan a beber), y que representa un intento de combinar, de modo concordante y relativamente poco complejo, los modelos teóricos del alcoholismo y sus covariables directas descritos en páginas anteriores.

Se puede sugerir también que el modelo centrado en el factor B_I ("Crítica familiar y autocrítica") corresponde más o menos al "alcohólico gamma" (psíquicamente dependiente y con pérdida de control) descrito por JELLINEK (1960), mientras que el modelo centrado en el factor B_{II} ("Problemas laborales y económicos") corresponde más bien al "bebedor delta" de JELLINEK, que se describe como un bebedor habitual incapaz de resistir el alcohol. Sin embargo, aunque parece que los modelos aquí presentados confirmaran empíricamente la tipificación, creemos que el concepto de "el alcoholismo" queda superado.

3.6.3. Resumen.

Las correlaciones entre las covariables directas y los criterios pueden sintetizarse de la siguiente manera:

Las correlaciones múltiples de los factores de los diferentes grupos temáticos llegan hasta .74 y tanto las variables relacionadas con el consumo alcohólico, como los factores del consumo problemático muestran correlaciones altas con las covariables. Algunos factores de las covariables directas correlacionan considerablemente más con las variables de nivel de alcohol ingerido y con los factores de problemas, en comparación con las correlaciones que presentan entre sí. Además, se puede concluir, resumiendo, que las correlaciones más altas con los criterios son las de las escalas "Patrones y circunstancias de consumo" y "motivación para el consumo alcohólico". Adicionalmente a los ítems agrupados en factores altamente correlacionados, se detectaron también muchos ítems individuales que no muestran una saturación alta en los factores, pero que correlacionan significativamente con los criterios. Hay que añadir que parte de estas correlaciones denotan relaciones triviales (recordemos que para llegar a un alto nivel de consumo, por ejemplo, necesariamente se debe ingerir alcohol en muchas ocasiones).

Pueden comprobarse tres tipos de covariables directas:

- 1) Aquéllas que parecen irrelevantes en relación con la totalidad de los problemas del alcoholismo, es decir, que no presentan relaciones dignas de mención con ninguno de los criterios;
- 2) aquéllas en relación con las cuales el consumo elevado de alcohol no provoca problematización; y finalmente,
- 3) aquéllas en las cuales el consumo alcohólico elevado conduce a graves problemas.

Entre los problemas provocados por el consumo de alcohol, el factor B_I ("Crítica familiar y autocrítica") es el de más fácil predicción en base a las covariables, yendo en segundo lugar el factor B_{II} ("Problemas laborales y económicos"), mientras el factor B_{III} ("Problemas

sociales y de salud") sólo presenta bajas correlaciones -aún recurriendo a la regresión múltiple-.

En torno a los dos primeros factores de problemas causados por el consumo alcohólico y sus relaciones con las covariables directas, se sugieren dos nuevos modelos de alcoholismo, atendiendo a una interpretación del contenido de estas relaciones.

3.7. Diferencias entre alcohólicos, bebedores con problemas y otros consumidores de alcohol.-

Hasta ahora hemos presentado siempre correlaciones dentro de la muestra total, concretamente, entre sub-muestras de los diferentes cuestionarios. Para comprobar las relaciones curvilineales y las correlaciones con heterocedasticidad, se subdividieron los sujetos en "alcohólicos", "bebedores con problemas" y "bebedores normales".

3.7.1. Definición de los grupos.

De los 1512 sujetos, 1308 pertenecían a la población general (inclusive grupos extremos) y 204, a grupos de personas sometidas a un tratamiento anti-alcohólico. Estos últimos formaron el grupo de "alcohólicos", junto con aquellas personas de la población general que respondieron afirmativamente a la pregunta respecto a una anterior terapia anti-alcohólica. Por lo tanto, este grupo se definió en base a un criterio externo. De todos estos sujetos se tenía un diagnóstico de alcoholismo realizado por un especialista. Los alcohólicos así determinados formaron un grupo de N = 210 personas. Para obtener un número semejante de "bebedores problemáticos" (es decir, personas con problemas ocasionados por la ingestión de alcohol), entre la población general, se eligieron de tal

muestra aquellas personas que tenían una puntuación en al menos uno de los factores de problemas. Así se detectaron 224 "bebedores con problemas", es decir, un 15% de la muestra de la población general. Por lo tanto, los "bebedores problemáticos" son aquellos sujetos de la población que presentan el consumo más problemático de alcohol. El término "bebedor-problemático" que utilizaremos a partir de este momento, no debe equipararse al término "bebedor conflictivo": No se consideran "bebedores problemáticos" a aquellas personas que beben debido a problemas o conflictos, sino a aquellas que tienen problemas en conexión con su ingestión de alcohol. El grupo "demás consumidores de alcohol", o, para abreviar, "bebedores normales", abarca todos aquellos sujetos de la muestra extraída de la población general que no se clasificaron en los dos grupos anteriores. Entre ellos también hay sujetos que tienen problemas esporádicos causados por el consumo de alcohol, pero en total puede calificarse su ingestión de alcohol como poco problemática o no-problemática.

Con estos grupos se realizaron cálculos, análisis de varianza, tests de valores medios (o tests de χ^2 en el caso de las variables nominales de control), respecto a criterios, variables de control y factores de las covariables. Describiremos a continuación las diferencias entre los grupos, obtenidas por estos métodos.

3.7.2. Diferencias en los criterios de consumo.

De acuerdo con las hipótesis formuladas en un principio, respecto a los criterios, deberían registrarse sólo diferencias cuantitativas entre los grupos. Los valores medios deberían ser más elevados en el grupo de "alcohólicos", en comparación con los "bebedores problemáticos",

siendo a su vez más elevados en este segundo grupo, en comparación con el grupo de "bebedores normales". Primero nos referiremos a los problemas causados por el consumo de alcohol, puesto que estas puntuaciones de factores se utilizaron para la clasificación de los grupos.

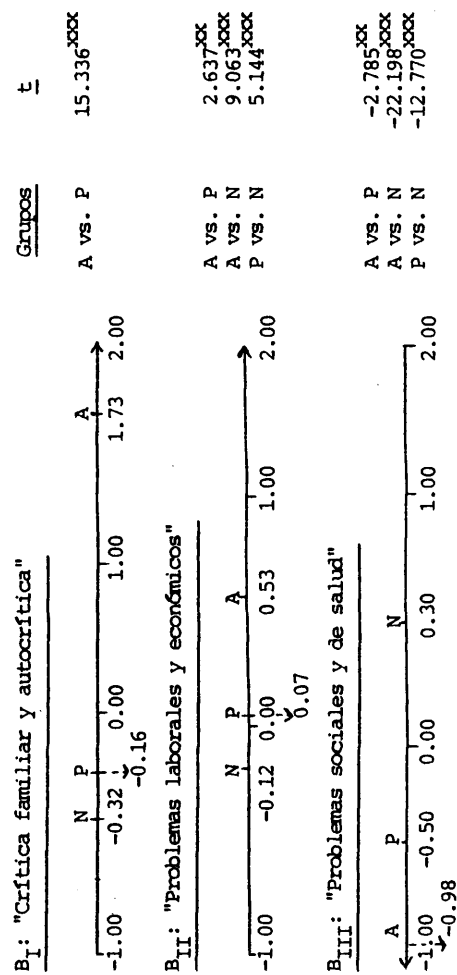
1) Problemas causados por el consumo:

- Colocar aquí Figura 4 -

La Figura 4 muestra las puntuaciones medias de los factores en los tres grupos, respecto a los tres factores de problemas ocasionados por el consumo, así como los test t entre los valores. Las puntuaciones de los tres grupos cumplen con el orden predicho: Los "bebedores normales" tienen los valores más bajos, los "alcohólicos", los más altos. Es sorprendente que "alcohólicos" y "bebedores problemáticos" se diferencien sobre todo en el factor B_1 ("Crítica familiar y autocrítica"). Los alcohólicos muestran aquí puntuaciones considerablemente más altas, mientras que las diferencias con los otros dos factores son mucho menores.

La puntuación extremadamente alta obtenida por los alcohólicos en el factor B_1 puede interpretarse de la siguiente manera: Este factor representa la problematización subjetiva del consumo de alcohol por parte del afectado y/o su entorno social. La observación de una pérdida de control forma parte de la problematización. Tal "introspección" respecto a la propia problemática, junto con la constante presión por parte de familiares, conduce probablemente hacia la búsqueda voluntaria de un tratamiento: El individuo tiene una postura tan crítica frente a su consumo de alcohol, se ha visto tan desvalido en sus intentos por controlar su comportamiento, que

Figura 4: Factores de problemas ocasionados por el consumo: Diferencias entre "alcohólicos", "bebedores - problemáticos" y "bebedores normales"



A = "Alcohólicos"
 P = "Bebedores - problemáticos"
 N = "Bebedores normales"

se decide a buscar ayuda externa para remediarlo, es decir, a ponerse en tratamiento. Es de suponer que la participación en la investigación ha sido motivada, tal como el inicio del tratamiento, por tales factores. En los alcohólicos que ingresaron forzosamente en la Clínica, la disposición a cooperar es mucho más reducida, la mayoría se negó a responder los cuestionarios. Se puede asumir que entre los pacientes de tratamiento forzoso se encuentran sobre todo aquéllos que presentan una reducida problematización subjetiva de consumo alcohólico y que, por otra parte, tienen puntuaciones altas en otros factores.

Desde este punto de vista, las puntuaciones elevadas que aparecen en los "alcohólicos" en el factor de problematización puede atribuirse en parte al efecto del tratamiento ya realizado como, por ejemplo, en el caso de la insistencia en el concepto de pérdida de control.

Los test t entre los grupos, referentes a los ítems individuales de los problemas ocasionados por la ingestión de alcohol, dan los siguientes resultados: Cada uno de los ítems diferencia significativamente entre "alcohólicos", "bebedores problemáticos" y "bebedores normales". Los alcohólicos presentan las puntuaciones más altas, los "bebedores problemáticos", las intermedias, los "bebedores normales", las más bajas. Todas estas diferencias entre los grupos son significativas en el nivel del 0'1%. Sólo los siguientes ítems, presentados en el Cuadro 27, forman una excepción.

- Colocar aquí Cuadro 27 -

Como se puede ver, los grupos ocupan el orden predicho en la mayoría de estos ítems, pero las diferencias no son tan significativas. Sólomente los tres ítems que

Cuadro 27: Excepciones en la relación "alcohólicos" (A) > "bebedores problemáticos" (P) > "bebedores normales" (N) xxx: Items referentes a problemas causados por el alcohol (test t)

Item de la Escala B		
36. Cuando he bebido mucho, se me nota	A > P xxx	A > N xxx P > N
46. Estando ebrio he cometido un delito leve	A > P xxx	A > N xxx P > N xxx
48. He estado sometido a una cura de desintoxicación	A > P xxx	A > N xxx P = N
53. Estando ebrio cometí un delito grave	A > P	A > N xxx P > N xxx
65. Tolero más alcohol que los demás	P > A	A > N xxx P > N xxx
67. He gastado tanto dinero en alcohol, que otros tuvieron que trabajar por mí	A > P	A > N xxx P > N xxx
69. Puedo tolerar menos alcohol que antes	A > P xxx	A > N xxx P > N
71. A causa del alcohol he aumentado de peso	P > A	A > N xxx P > N xxx
73. Tolero menos alcohol que la mayoría de las personas	P > A	N > A P > N
78. Puedo tolerar más alcohol que antes	P > A x	A > N xxx P > N xxx

se refieren a la mayor tolerancia y al aumento de peso representan una excepción en el sentido de una curvilinearidad, puesto que aquí las puntuaciones de los "bebedores problemáticos" son mayores que las de los "alcohólicos", aunque las diferencias no sean significativas.

Una relación de la participación porcentual de los sujetos que en los tres grupos habían mencionado cada problema (y que no mostraremos en detalle), presenta también, salvo algunas excepciones, la jerarquía de la frecuencia esperada: Ningún problema aparece en todos los sujetos alcohólicos, pero un porcentaje más alto de ellos, en comparación con los "bebedores problemáticos" y los "normales", indica haber sufrido alguna vez problemas de cada tipo. Por otra parte, ningún problema admitido por el grupo de "alcohólicos" está totalmente ausente en el grupo de los "bebedores problemáticos", pero el porcentaje de personas que responden afirmativamente ante cada problema es menor, siendo a la vez más elevado que en el caso de los "bebedores normales". Nuevamente, los ítems acerca del aumento y descenso de la tolerancia (36, 65, 73, 78), representan una excepción. Aproximadamente un tercio de todos los grupos de sujetos informan acerca de un descenso de la tolerancia en el transcurso de los años; aquí apenas existen diferencias. Pero, sobre todo, los "bebedores problemáticos" informan acerca de un aumento de la tolerancia.

Los "bebedores problemáticos" informan con mayor frecuencia que los "alcohólicos" y los "bebedores normales" acerca de un aumento de peso a causa del alcohol (ítem 71). Como contrapartida, son los "alcohólicos" los que sufren más frecuentemente una pérdida de peso debido a la ingestión de alcohol (ítem 77).

Entre "alcohólicos" y "bebedores problemáticos" se observan diferencias especialmente notables en los ítems que se refieren a la frecuencia de terapias relaciona-

das con el consumo (intención o participación en terapias, ítems 51 y 54, respectivamente). Esto último se comprende por la relación anteriormente mencionada entre la problematización subjetiva del consumo y el inicio del tratamiento, así como por los antecedentes clínicos (anamnesis) de pacientes alcohólicos que, en la mayoría de los casos, han pasado por una serie de tratamientos ambulatorios o por varios centros de desintoxicación y terapia.

Las preguntas acerca del aumento de la tolerancia parecen ser -por lo menos para este modo de evaluación subjetiva- inadecuadas para la comprobación de una problemática del alcoholismo: También una gran parte de los sujetos "normales" informa acerca de un descenso de la tolerancia, pese a que hasta ahora se consideró tal descenso como un síntoma de la fase tardía del alcoholismo. Probablemente esta variable no depende tanto del avanzado estado del alcoholismo, como de la edad: Parecería que, a partir de cierta edad, mucha gente piensa que antes podía consumir más alcohol, ya sea porque fisiológicamente se tolera más alcohol en la juventud, o, por lo menos, porque ésa es la impresión subjetiva que tienen los sujetos.

2) Nivel de consumo de alcohol:

- Colocar aquí Figuras 5, 6 y 7 -

Las Figuras 5, 6 y 7 muestran las puntuaciones medias de los tres grupos en las puntuaciones de frecuencia y cantidad, así como los resultados de los tests t entre las puntuaciones. Aquí también se observa que los valores de los grupos se encuentran en el orden esperado: Los "alcohólicos" beben en general con mayor frecuencia y mayores cantidades en cada ocasión, en comparación con los

Figura 5: Frecuencia de consumo: Diferencias entre "alcohólicos" (A), "bebedores problemáticos" (P), y bebedores "normales" (N)

A₁₃: Frecuencia - cerveza

			Grupos		t
			A	P	
2.50	3.50	4.50	5.33	6.50	7.08
			5.50	6.22	7.50
			5.71 (x)		

A vs. P	3.443 ^{xxx}
A vs. N	10.860 ^{xxx}
P vs. N	5.444 ^{xxx}

A₁₄: Frecuencia - vino

			Grupos		t
			A	P	
2.50	3.14	3.60	4.50	5.50	6.50
			2.95	3.50	7.50
			3.18 (x)		

A vs. P	2.922 ^{xx}
A vs. N	3.784 ^{xxx}
P vs. N	-1.816

A₁₅: Frecuencia - "bebidas fuertes"

			Grupos		t
			A	P	
2.50	3.26	3.50	4.83	5.50	6.50
			2.96	3.28 (x)	7.50

A vs. P	6.263 ^{xxx}
A vs. N	13.933 ^{xxx}
P vs. N	2.490 ^x

(x) = puntuaciones medias

Figura 6: Cantidad de consumo: Diferencias entre "alcohólicos" (A), "bebedores problemáticos" (P), y "bebedores normales" (N)

A_{31} : Cantidad - cerveza	N	P	A	Grupos	t
	5.00	6.00		A vs. P	4.470***
		8.00	9.00	A vs. N	19.437***
			10.00	P vs. N	10.954***
		7.00			
		(x)			
		7.14			
	6.09				

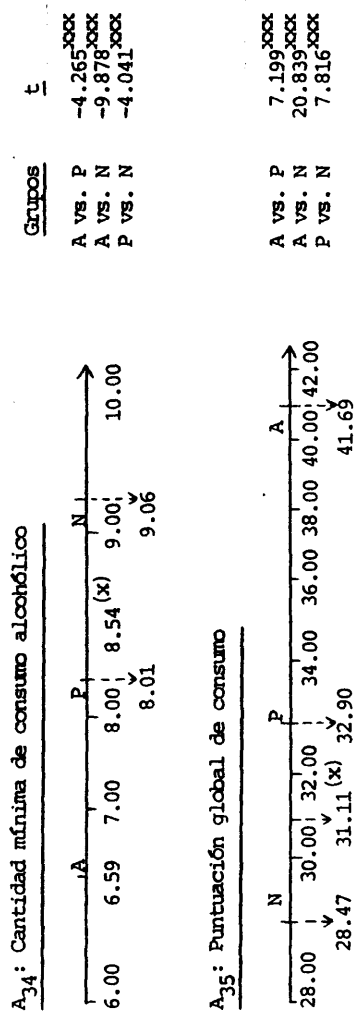
A₃₂: Cantidad - vino

	N	P	A	
	5.00	5.69	6.00	7.00 7.27 8.00 9.00 10.00 11.00
		5.84		
		5.95 (x)		
A vs. P				4.264 ^{xxx}
A vs. N				8.700 ^{xxx}
P vs. N				0.975

A₃₃: Cantidad - bebidas "fuertes"

(x) = puntuaciones medias

Figura 7: Cantidad mínima de consumo y puntuación global de consumo: Diferencias entre "alcohólicos" (A), "bebedores problemáticos" (P) y "normales" (N)



Grupos

t

A vs. P -4.265^{xxx}
A vs. N -9.878^{xxx}
P vs. N -4.041^{xxx}

A vs. P 7.199^{xxx}
A vs. N 20.839^{xxx}
P vs. N 7.816^{xxx}

otros dos grupos. A su vez, los "bebedores problemáticos" beben con más frecuencia y mayores cantidades que los "normales".

Las diferencias entre los grupos son más pronunciadas respecto a cantidad que a frecuencia. Los "bebedores problemáticos" y los "normales" no se diferencian significativamente respecto a la frecuencia de consumo de vino y bebidas de alta gradación alcohólica; sólo los "alcohólicos" destacan aquí claramente de los otros dos grupos.

Las relaciones respecto a cantidad de consumo son similares: Las diferencias más grandes las presentan los tres grupos respecto al consumo de cerveza. En cuanto a cantidad de ingestión de vino, no se diferencian "bebedores normales" de "problemáticos", mientras que los alcohólicos sí presentan puntuaciones claramente más elevadas. Igualmente, la diferencia entre los grupos "bebedores problemáticos" y "normales" respecto a la cantidad de consumo de bebidas de alta gradación es menor que la existente entre "alcohólicos" y "bebedores problemáticos".

Naturalmente, los "alcohólicos" consumen con menor frecuencia cantidades mínimas de alcohol, en comparación con "bebedores problemáticos", a la vez que éstos las consumen con menor frecuencia que los "bebedores normales".

Las diferencias en la puntuación global de consumo también son claras, como era de esperar: Parecería que los "bebedores problemáticos" en general consumen alcohol de manera más adaptativa y de acuerdo a las normas de frecuencia y cantidad establecidas: Mientras que los "alcohólicos" parecen consumir mayor cantidad de todos los tipos de bebidas y con mayor frecuencia -y eventualmente ya no tienen normas específicas de consumo o preferencias personales-, los "bebedores problemáticos" muestran una tendencia a adaptarse a las preferencias de su

entorno y aún a exagerar la diferenciación entre distintas bebidas. Parecen consumir en mayores cantidades y con más frecuencia aquella bebida que las personas de su entorno beben preferentemente. Quizás, dentro de este contexto, la mayor problematización por parte de los "alcohólicos" puede atribuirse en parte también a la mayor desviación de las normas.

3) Diferencias en las variables de control:

Al interpretar estas diferencias en los tres grupos, hay que tener en cuenta que las diferencias entre "alcohólicos", "bebedores problemáticos" y "bebedores normales" pueden atribuirse (al menos) a cuatro diferentes combinaciones o relaciones:

- a) Pueden deberse a errores en el muestreo que no tengan nada que ver, o no tengan una relación causal, con la pertenencia un grupo;
- b) pueden ser características relacionadas -más o menos indirectamente- con los criterios;
- c) pueden originarse por la selección de determinadas instituciones, a las que acude preferentemente cierto tipo de personas;
- d) pueden deberse a una selectividad en las respuestas (por ejemplo, si la mayoría de los "bebedores problemáticos" pertenecieran a un determinado nivel socioeconómico).

En todo caso, aceptaremos con menor recelo las relaciones entre las variables de problemas y aquellas variables de control en las cuales se observen claras diferencias entre "bebedores problemáticos" y "normales", puesto que ambos grupos proceden de la misma muestra general.

- Colocar aquí Figuras 8, 9 y 10 -

Las Figuras 8, 9 y 10 muestran que tales diferencias significativas existen en las variables "edad", "sexo", "estado civil", "personas con que se convive" e "ingresos netos". Las personas de la población general que sufren problemas a causa del consumo de alcohol son, como promedio, algo mayores, más frecuentemente del sexo masculino, solteros o divorciados, y más a menudo viven solos o con personas que no pertenecen a su familia (todo esto, en comparación con las personas sin problemas originados por el alcohol). Se autoclasifican, además, como pertenecientes a la clase trabajadora y como promedio tienen ingresos menores. Por lo tanto, rectificamos nuestra predicción anterior, afirmando que, al menos en las variables citadas, hay una relación entre las características demográficas y los problemas causados por el consumo de alcohol, quedando de manifiesto que las correlaciones están distorsionadas en parte por la curvilinearidad de las frecuencias en las categorías de los ítems, o por la nominalidad de las escalas en cuestión. La elevada incidencia de "bebedores problemáticos" con las características arriba mencionadas confirma las tendencias que aparecen con frecuencia en la bibliografía. Como ya hemos visto, la mayoría de estas características se relacionan también, por una parte, con una elevada ingestión de alcohol (sobre todo, de cerveza) y, por otra, con ciertas circunstancias concomitantes que están relacionadas con una problematización del consumo. Sólo en las variables "estado civil" y "personas con que se convive" no podemos establecer estas relaciones con el consumo, puesto que los factores prácticamente no pueden interpretarse debido a su nominalidad. Es posible que aquí se reflejen las consecuencias de problemas familiares cau-

Figura 8: Variables de control "Edad", "Sexo", "Número de habitantes en el lugar de origen":
Diferencias entre "alcohólicos" (A), "bebedores problemáticos" (P) y "normales" (N)

A1: Edad (años)					Grupos		t
					A vs. P		-2.241 ^x
					A vs. N		1.088 ^{xxx}
					P vs. N		3.844 ^{xxx}
					A	P	
					37	37.29	38
						37.89 (x)	38.15
							39
							40
							40.52
							41

Figura 9: Variables de control referentes a la situación familiar: Diferencias entre "alcohólicos" (A), "bebedores problemáticos" (P) y "normales" (N)

A5: Estado civil (Frecuencias - %)

	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Separado
Total	28.11	63.43	6.68	0.99	0.79
A	29.39	48.68	18.42	2.19	1.32
P	34.25	53.88	10.05	0.46	1.37
N	26.57	68.54	3.47	0.85	0.56

$\chi^2 = 93.057^{xxx}$

A6: Número de hijos

N	P	A					Grupos	t
		1.80	1.90	2.00	2.10	2.20		
1.88	1.94	1.99	1.94 (x)				A vs. P	3.294 ^{xxx}
					2.26	2.30	A vs. N	4.872 ^{xxx}
							P vs. N	0.223

A7: Convivencia (Frecuencias - %)

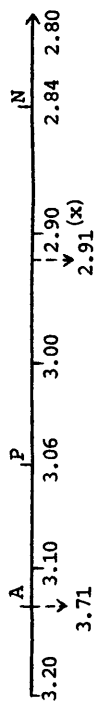
	Solo	Esposa y/o Hijos	Padres	Parientes	Otras Personas
Total	18.29	64.37	10.01	0.86	6.49
A	25.11	49.78	14.54	0.88	9.69
P	26.48	52.51	9.59	0.91	10.50
N	11.15	69.90	9.13	0.85	4.99

$\chi^2 = 55.142^{xxx}$

(x) = puntuaciones medias

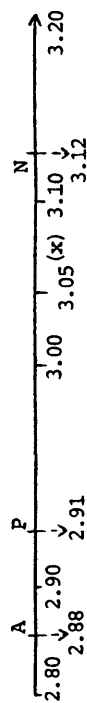
Figura 10: Variables de control referentes al nivel socioeconómico: Diferencias entre "alcohólicos" (A), "bebedores problemáticos" (P) y "normales" (N)

A8: Pertenencia subjetiva a una clase social



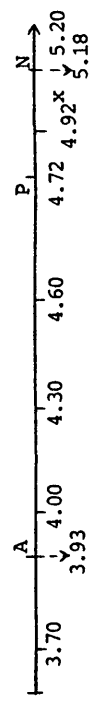
Grupos		t
A vs. P		0.598
A vs. N		4.638 ^{xxx}
P vs. N		3.740 ^{xxx}

A9: Nivel educativo alcanzado



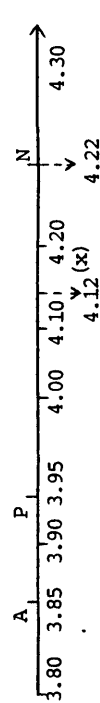
A vs. P	-0.259
A vs. N	-2.492 ^x
P vs. N	-2.161 ^x

A10: Ingresos Netos



A vs. P	-4.707 ^{xxx}
A vs. N	-11.721 ^{xxx}
P vs. N	-4.283 ^{xxx}

A11: Tipo de ocupación laboral



A vs. P	-0.377
A vs. N	-2.341 ^x
P vs. N	-1.751

(x) = puntuaciones medias

sados por la ingestión de alcohol: En un proceso de distanciamiento social, el individuo sería marginado, en primer lugar, de la familia, es decir, de su grupo de referencia más cercano. Esta interpretación encajaría con los resultados de WIESER (1973) citados anteriormente.

En algunas variables, el grupo de "alcohólicos" se distancia claramente de los otros dos grupos, sin que éstos se distingan entre sí. Así, las siguientes características parecen específicas de este primer grupo:

- a) Un mayor número de hijos (con lo cual, el consumo de alcohol ocasionará más problemas familiares y llamadas a la responsabilidad, con el consiguiente internamiento en una Clínica), y
- b) un número reducido de habitantes en el lugar de origen.

Es posible que este último dato se deba a una distorsión de la muestra, puesto que los encuestados de la población general son casi exclusivamente de Munich, mientras que la zona de acción de las Clínicas y Sanatorios incluye localidades de todas las dimensiones.

4) Diferencias en los factores de las covariables directas:

Los grupos de "alcohólicos", "bebedores problemáticos" y "bebedores normales" se compararon respecto a sus correlaciones con todos los factores de covariables, mediante un análisis de varianza y tests t de las medias.

Los valores medios en los factores individuales de las covariables directas y los resultados de los tests t están representados en las Figuras 11 a 15.

Figura 11: Actitudes y normas frente al consumo de alcohol, los alcohólicos y los abstemios:
Diferencias entre "A", "P" y "N"

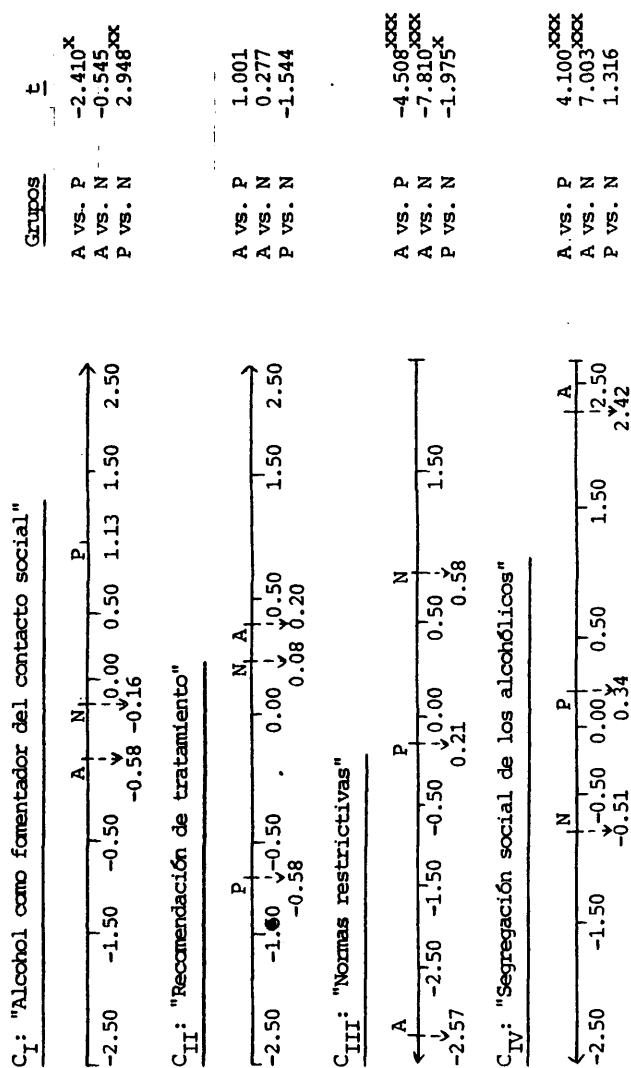
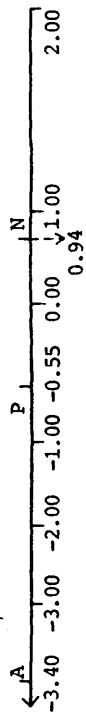


Figura 12: Motivación para el consumo alcohólico: Diferencias entre "A", "P" y "N"

Escala D1: Aumento del Consumo

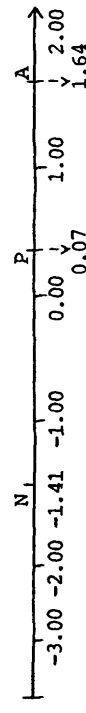
DI_I: "Reacción a la crítica y al mal humor"



DI_{II}: "Demanda social y disfrute del consumo"



DI_{III}: "Superación de la inseguridad social"



Grupos	t
A vs. P	-4.427 ^{xxx}
A vs. N	-14.747 ^{xxx}
P vs. N	-4.708 ^{xxx}

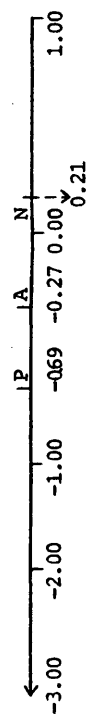
A vs. P	3.369 ^{xx}
A vs. N	1.823
P vs. N	-2.788 ^{xx}

A vs. P	2.465 ^x
A vs. N	4.938 ^{xxx}
P vs. N	1.151

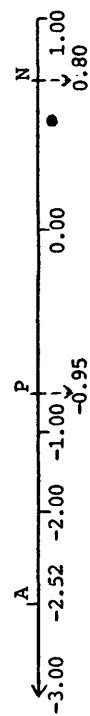
Figura 13: Motivación para el consumo alcohólico: Diferencias entre "A", "P" y "N"

Escala D2: Disminución del consumo

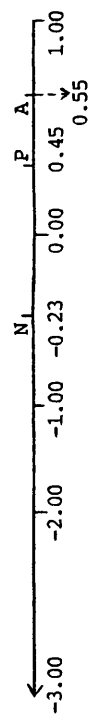
D2_I: "Necesidad de rendimiento"



D2_{II}: "Temor al ridículo"



D2_{III}: "Motivos de salud"



Grupos		t
A vs. P		0.882
A vs. N		-1.072
P vs. N		-1.833

A vs. P	-2.745 ^{xxx}
A vs. N	-8.738 ^{xxx}
P vs. N	-4.133 ^{xxx}

A vs. P	0.163
A vs. N	1.631
P vs. N	1.374

Figura 14: Patrones y circunstancias de consumo: "A", "P" y "N"

E_T: "Excesos alcohólicos en todo momento y lugar"

A
←
-4.00 -3.00 -2.00 -1.00 0.00 1.00
P N

-6.262xxx
A vs. P
-17.755xxx
A vs. N
-5.064xxx
P vs. N

ETI: "Cultivo y planificación del consumo"

[illegible]

E_{TTT}: "Consumo social extrafamiliar"

Location	Water Column (•)	Sediments (x)
A vs. P	-0.12	0.65
A vs. N	-0.12	0.50
P vs. N	0.11	0.65

E_{IV}: "Consumo ocasional y mínimo"

Comparison	N	P	A
A vs. P	-0.56	0.00	0.26
A vs. N	-0.50	0.00	0.26
P vs. N	-0.50	0.00	0.26

Figura 15: Efectos inmediatos del alcohol: Diferencias entre "A", "P" y "N"

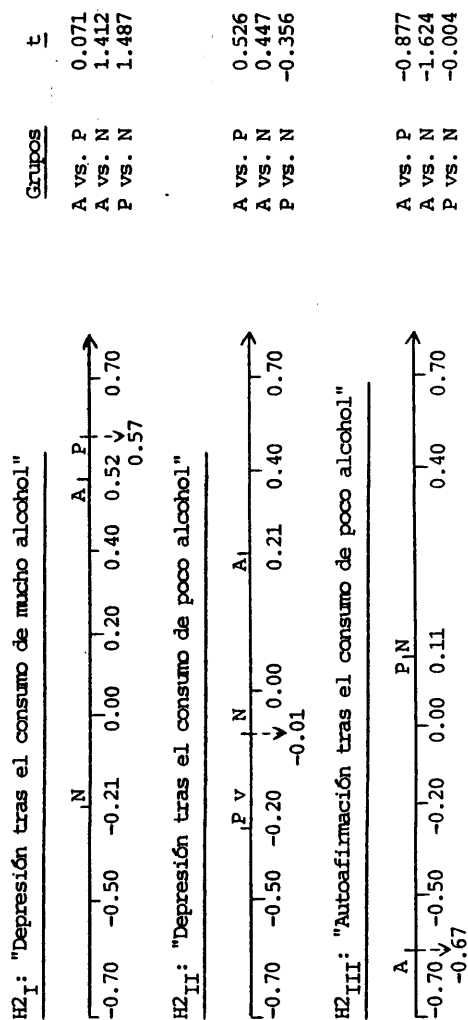
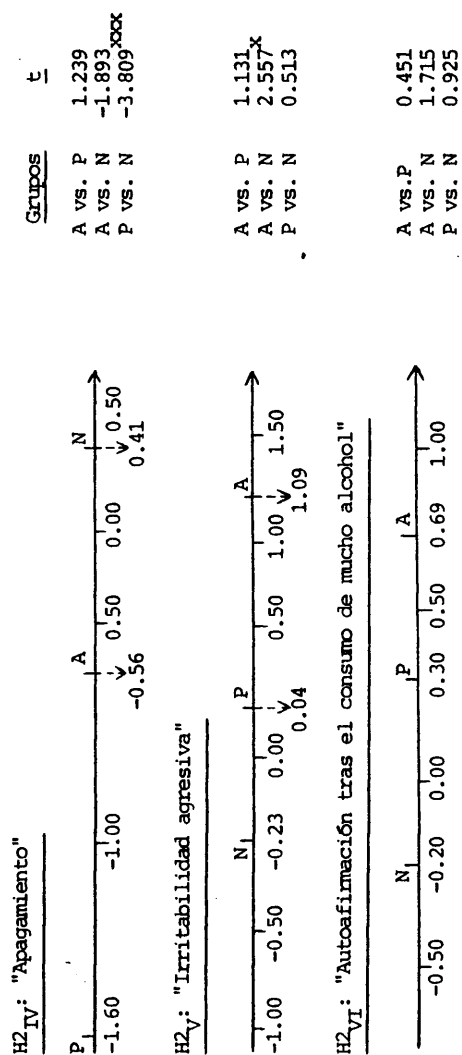


Figura 15 (continuación):



Como el criterio de clasificación para los grupos de la población general fue el nivel de problemas ocasionados por el consumo de alcohol -mostrando los "alcohólicos", como era de esperar, valores más altos que los "bebedores problemáticos"- se pudo prever que los grupos presentaran los siguientes resultados:

- a) En tanto no existan relaciones no-monotónicas, prácticamente no aparecen diferencias en las correlaciones irrelevantes arriba mencionadas, como tampoco en aquellas circunstancias concomitantes en las cuales la ingestión de alcohol no es problemática.
- b) Sin embargo, en aquellas covariables que están relacionadas con el consumo problemático de alcohol, se preveían unos valores más altos en los "bebedores problemáticos", en comparación con los "normales" y aún más altos en el grupo de los "alcohólicos".

Los datos de las figuras confirman en lo esencial estas expectativas, pero en algunas de las covariables consideradas irrelevantes sale a la luz una serie no-monotónica, según la cual los "bebedores problemáticos" (y no los "alcohólicos"), tienen los valores más altos, con lo que queda encubierta la correlación. A esto se agrega que, en algunos factores de covariables, quedan patentes valores extremadamente altos para el grupo de los "alcohólicos". La primera clase de estas covariables la consideraremos como características específicas del comportamiento de "bebedores problemáticos" y la segunda, como rasgos específicos de los "alcohólicos".

Así, detectamos las siguientes características específicas para "bebedores problemáticos":

- a) El factor C_I : "Alcohol como fomentador del contacto social", en el cual los "alcohólicos" muestran un valor ligeramente más bajo que los "bebedores normales", pero en el cual los "bebedores problemáticos" muestran valores

considerablemente más altos;

b) El factor DI_{II} : "Demanda social y disfrute del consumo", que incluye las cualidades más positivas del alcohol. También aquí el grupo de "alcohólicos" muestra valores ligeramente por debajo de los "bebedores problemáticos", estando éstos a su vez considerablemente por encima de los "bebedores normales";

c) El factor de efecto inmediato del alcohol $H2_{IV}$: "Apagamiento", que presenta valores más altos en "alcohólicos", en comparación con "normales", y justamente en sentido de una mayor activación, pero en el cual los "bebedores problemáticos" obtienen valores aún más elevados.

Por su parte, el grupo de "alcohólicos" presenta las siguientes características específicas (es decir, factores de covariables con valores especialmente altos):

a) El factor de actitudes C_{III} : "Normas restrictivas";

b) El factor de actitudes C_{IV} : "Segregación social de los alcohólicos";

c) El estilo de consumo E_I : "Excesos alcohólicos en todo momento y lugar";

d) El estilo de consumo E_{III} : "Consumo social extrafamiliar".

Si se consideran los "bebedores problemáticos" como fases evolutivas de un fenómeno -en las cuales los "bebedores problemáticos" representarían la etapa más temprana- se puede comprobar que, aparentemente, al inicio del consumo problemático de alcohol los valores positivos ocupan (además de los factores descritos al presentar los modelos de alcoholismo), un puesto muy destacado. El establecimiento de contactos sociales, o un entorno social agradable, así como las características positivas inmediatas de sabor, aroma, etc. y un sentimiento subjetivo de activación, son reforzadores que animan a beber y premian el consumo. Todas estas viven-

cias referentes al alcohol parecen estar teñidas de tonos positivos.

Por otra parte, podemos interpretar las características conductuales del "alcohólico" de la siguiente manera: las normas parecen hacerse más restrictivas, no sólo como reacción al propio consumo más elevado de alcohol y a la mayor problematización, sino también como consecuencia de la hospitalización e inicio de tratamiento. La meta terapéutica de abstinencia mantenida en la mayoría de estos centros es una norma restrictiva de consumo por excelencia. Por lo tanto, los altos valores de C_{III} pueden reflejar también los esfuerzos del "alcohólico" por librarse totalmente del alcohol. El hecho que justamente este grupo presente valores altos en el factor C_{IV} : "Segregación social de los alcohólicos", confirma la anterior suposición en sentido de que se trata aquí de una reacción por parte de individuos amenazados por el proceso de descalificación moral y de exclusión social, que se defienden contra una estigmatización. Los alcohólicos diagnosticados como tales recientemente y que viven reclusos en Sanatorios o Clínicas están especialmente amenazados por este proceso, o ya lo sufren.

Los elevados valores en el factor E_I : "Excesos alcohólicos en todo momento y lugar", por parte del grupo de "alcohólicos", eran previsibles, puesto que estas personas beben alcohol sin elegir el momento. Ya hemos visto anteriormente que precisamente tales infracciones de normas correlacionan con una problematización masiva.

El hecho que el estilo de "consumo social extrafamiliar" se presente sólo en los "alcohólicos" con mayor frecuencia, refuerza la suposición antes mencionada que la incorporación a grupos de bebedores es una reacción secundaria que sólo aparece tras una discriminación social más amplia.

Parecería que el modelo de "círculo vicioso" que presentamos en páginas anteriores, con respecto al consumo problemático, sería especialmente válido en las fases posteriores, en las cuales aparecen cada vez mayores problemas, mientras que en fases anteriores juegan un papel relevante los aspectos positivos del consumo. En estos aspectos positivos se incluye también la denominada "definición social del consumo de alcohol", que muchos autores consideran no-problemática. Sin embargo, podemos comprobar que en el proceso de habituación al alcohol parece jugar un papel importante, y que sólo más tarde pasa a un segundo término, en favor de motivaciones personales. Posiblemente, todas estas cualidades positivas que los "bebedores problemáticos" ven en la ingestión de alcohol, son racionalizaciones frente a su mayor consumo, que luego ya no son posibles en los estadios posteriores, en los cuales aparecen masivamente las consecuencias negativas de tal consumo.

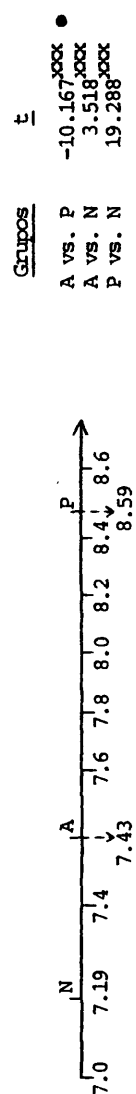
5) Diferencias en la "escala de mentiras":

Como dijimos al principio, en una de las escalas de criterios (que respondieron todos los sujetos), incluimos algunos ítems "detectores de mentiras". Hemos calculado una "puntuación de mentiras" en base a la suma de estos ítems, en tanto fueron respondidos positivamente, calculando luego, igual que en las demás variables y factores, valores medios, análisis de varianza y tests t. La Figura 16 muestra el resultado obtenido.

- Colocar aquí Figura 16 -

Se puede observar que todos los grupos se diferencian significativamente y que los "bebedores problemáticos" muestran las "puntuaciones de mentiras" más altas. Como

Figura 16: "Puntuación de mentiras": Diferencias entre "alcohólicos" (A), "bebedores problemáticos" (P) y "bebedores normales" (N)



los ítems de "mentiras" utilizados están orientados hacia una conducta de rectitud e integridad moral, el resultado puede ser la expresión del hecho que los "bebedores problemáticos" se sienten amenazados por la estigmatización del estereotipo del "bebedor descontrolado y con poca fuerza de voluntad" y, por lo tanto, ofrecen una autodescripción que es completamente opuesta a este estereotipo. Por el contrario, es posible que el grupo de los "alcohólicos" ya se haya identificado con el rol del "alcohólico típico".

Sea como sea, cabe suponer que los "bebedores problemáticos", también han subestimado la realidad en las demás preguntas de las escalas criterioles, en la medida en que las respuestas de menor frecuencia y cantidad cumplen mejor las normas de deseabilidad social, tal y como sucede en el caso de respuestas afirmativas en los "ítems detectores de mentiras".

6) Resumen de los datos:

Las personas de la muestra total se pueden dividir en tres grupos:

- a) "Alcohólicos": Todas las personas encuestadas que en el momento de la investigación se encontraban bajo tratamiento "anti-alcohólico", o que contestaron positivamente a la pregunta acerca de un anterior tratamiento;
- b) "Bebedores problemáticos": Aquellas personas de la población general con los valores más altos en los factores de problemas ocasionados por el consumo de alcohol; aproximadamente un 15% de las personas encuestadas;
- c) "Bebedores normales": El grupo compuesto por las restantes personas de la población general.

Estos grupos se compararon respecto a su frecuencia porcentual y valores medios en las variables de control e ítems criterioles y, además, respecto al promedio de valores obtenidos en los factores de las covariables, por

medio de tests t.

En los ítems criteriales se observa que casi todos ellos discriminan significativamente entre los grupos y, por lo tanto, que las escalas criteriales son globalmente adecuadas para diferenciar entre "alcohólicos", personas que están en peligro de ser alcohólicos y bebedores "normales". También se diferencian los grupos en algunas variables de control, sin que esto parezca ser un artefacto debido a la elección de la muestra.

En el caso de las covariables, aquellos factores que mostraron correlaciones altas con los problemas ocasionados por el alcohol, también diferenciaron entre los grupos. Por otra parte, se detectaron además diferencias significativas en algunos factores que no mostraron correlaciones elevadas con los problemas de consumo. Se refieren sobre todo a las covariables que acentúan los valores positivos de la ingestión de alcohol y que pueden considerarse como específicos para el grupo de los "bebedores problemáticos", así como una forma temprana del consumo problemático.

Finalmente, los grupos se diferenciaron también en los ítems "detectores de mentiras", mostrando ante todo los "bebedores problemáticos" una puntuación mayor, lo cual podría interpretarse como una contrarreacción al estereotipo del "bebedor descontrolado y con poca fuerza de voluntad".

EPILOGO: CONCLUSIONES GENERALES

El trabajo de investigación que presenta esta tesis tuvo como centro de atención el estudio extensivo y de amplio espectro de las relaciones entre las variables criterios, definitorias del consumo problemático del alcohol y una serie de covariables directas de tal consumo.

Una revisión lo más detallada posible de la bibliografía acerca del tema, de las últimas décadas, nos llevó a la conclusión que la investigación tradicional, fundada en el concepto de los "alcohólicos", como un tipo especial de ser humano y que busca e investiga características estables que forman parte del alcohólico y provoquen el alcoholismo, sólo permite una conclusión convincente: que no existe un alcohólico "típico", ni una enfermedad unitaria que pueda denominarse "alcoholismo", como tampoco aparece una personalidad alcohólica específica que diferencie al "alcohólico" de otras personas. Sobre todo a partir de las últimas investigaciones, surge como hipótesis plausible el que, en el caso del llamado "alcoholismo" se trata de la transformación del consumo alcohólico en un problema, provocado por el individuo mismo y/o su entorno social cercano y lejano. Esta problematización del consumo probablemente se centra en determinados aspectos del consumo, tales como actitudes y normas o, dicho de otro modo, en formas de comportamiento relacionadas directamente con este consumo alcohólico.

Así, el trabajo de investigación realizado pretendió indagar empíricamente si, utilizando el concepto de "consumo problemático de alcohol", se cumplían algunas condiciones básicas que justificaran su preferencia sobre el concepto tradicional de alcoholismo. Las condiciones a

cumplir son, brevemente, las siguientes:

- los problemas detectados en alcohólicos diagnosticados deberían aparecer también en la población normal;
- los problemas detectados deben ser más frecuentes en alcohólicos;
- el nivel promedio de consumo alcohólico debe ser más alto en alcohólicos que en la población normal, pero no deben aparecer correlaciones elevadas y unitarias entre nivel de consumo y problemas provocados por el mismo;
- tanto los problemas ocasionados por el consumo, como el nivel de consumo deben correlacionar significativamente con determinadas actitudes, normas y formas de conducta del individuo o de su medio-ambiente social, siendo similares a las correlaciones que presentan los criterios entre sí.

Dentro de este planteamiento, consideramos que las co variables directas del consumo problemático de alcohol deberían estudiarse antes que las relaciones más lejanas y que el intento por comprobar una teoría específica. Era probable también que el estudio de las relaciones en tre tales covariables directas y los criterios llevara a conclusiones útiles para una posible prevención y tratamiento del consumo problemático.

Nos pareció que el método más adecuado para la meta planteada era el estudio en base a cuestionarios, aplicado en poblaciones ya diagnosticadas como "alcohólicas" y en poblaciones consideradas "normales", puesto que con él se podían abarcar tanto los criterios que nos interesaban, como los datos conductuales, aunque debe tenerse presente que no se analiza el comportamiento mismo, sino las opiniones del individuo acerca de su conducta. Esperábamos que la información obtenida sirviera luego de base para estudios más específicos de los diversos aspectos que mostraron correlaciones interesantes.

La investigación realizada formó parte de un vasto proyecto, que abarcó también las "variables indirectas" o más lejanas, tales como circunstancias actuales de vida y repertorio conductual del individuo, además de su biografía general y de consumo alcohólico y de datos acerca de su relación social y laboral. Estas variables se investigaron, sin embargo, en sujetos distintos, por lo cual no tienen relevancia para nuestro foco de interés. No entraremos aquí nuevamente en los detalles de la metodología utilizada, pero recordemos que se obtuvo una muestra total de 1.512 personas, con aproximadamente 1.300 personas de la población "normal" y 200 "alcohólicos" diagnosticados. Por el procedimiento utilizado, existen datos acerca de las características demográficas, de los criterios y de los ítems detectores de "mentiras" para la totalidad de la muestra, mientras que las distintas escalas de covariables fueron respondidas respectivamente por unos 250 sujetos distribuidos a lo largo de las diferentes muestras.

Las escalas criterioles utilizadas se pueden describir brevemente como sigue:

- 1) Nivel de consumo alcohólico (Criterios A): Se utilizaron dos parámetros de consumo, frecuencia y cantidad. Las posibilidades de respuesta se dividieron de modo de abarcar el espectro total (desde la abstinencia total hasta el consumo extremo de alcohol), como también cualquier otra clase de combinación y variabilidad intraindividual posible en este parámetro (por ejemplo, beber frecuentemente pequeñas cantidades o beber pocas veces grandes cantidades). Estos índices de frecuencia y cantidad se detectaron individualmente para las tres principales clases de bebidas (vino, cerveza y bebidas "fuertes").
- 2) Problemas causados por el consumo de alcohol (Criterios B): El segundo complejo de criterios abarca una se-

rie de problemas que pueden aparecer en las diferentes áreas de vida en relación con la ingestión de alcohol, siempre que sean accesibles en base a la autoevaluación. Estos (78) problemas ocasionados por el consumo de alcohol abarcaron los "clásicos" síntomas del alcoholismo (por ejemplo, pérdida de control, malestar por las mañanas, aumento y descenso de la tolerancia), así como también problemas más o menos graves de índole hasta ahora inespecífica. Estas consecuencias del consumo, que según cada sujeto pueden considerarse como problemáticas o deseables, se formularon de modo que sólo se recogen cuando se evalúan negativamente. Así, por ejemplo, uno de los ítems rezaba de la siguiente manera: "Cuando bebí alcohol, me sentí más excitado sexualmente de lo que me es agradable".

Los problemas se tematizaron en: Problemas sociales, laborales y económicos, conflictos con la ley, problemas de salud, dependencia fisiológica y tolerancia, y problemas psíquicos.

En cuanto a las escalas de covariables directas del consumo, se dividieron en los siguientes grupos temáticos:

- 1) Normas y actitudes frente al consumo de alcohol, los alcohólicos y los abstemios (Escala C)
- 2) Motivaciones para el consumo alcohólico, referidas tanto al aumento como a la disminución del consumo (Escala D)
- 3) Patrones y circunstancias de consumo (Escala E)
- 4) Efectos inmediatos del alcohol, referidas tanto a mucho, como a poco alcohol consumido (Perfiles bipolares H_2).

Veamos ahora un breve resumen de los resultados más relevantes obtenidos en la investigación.

Con respecto a los datos referentes a las variables de

criterio, se obtuvieron tres factores específicos según el tipo de bebida (cerveza, vino, bebidas "fuertes") consumida en grandes cantidades, así como un factor de cantidad mínima que se extiende sobre los tres tipos. Por su parte, los 78 problemas ocasionados por el alcohol también arrojaron tres factores: "Crítica familiar y auto-crítica", "Problemas laborales y económicos" y "Problemas sociales y de salud". Los dos tipos de criterios mostraron correlaciones relativamente bajas entre sí, de lo que se deduce que la aparición de problemas provocados por la ingestión de alcohol no depende sólo de la cantidad ingerida.

Analizando las relaciones entre variables criterioales y las covariables directas, se obtuvieron los siguientes resultados más relevantes, según nuestra opinión:

Las correlaciones múltiples de los factores de los diferentes grupos temáticos con los criterios llegan hasta .74 y, tanto las variables relacionadas con el consumo alcohólico, como los factores del consumo problemático, muestran correlaciones altas con las covariables. Algunos factores de las covariables directas correlacionan considerablemente más con las variables de nivel de alcohol ingerido y con los factores de problemas, en comparación con las correlaciones que presentan entre sí. Se puede concluir, resumiendo, que las correlaciones más altas con los criterios son las que presentan las escalas "Patrones y circunstancias de consumo" y "Motivación para el consumo alcohólico". Adicionalmente a los ítems agrupados en factores altamente correlacionados, se detectaron también muchos ítems individuales que no muestran una saturación alta en los factores, pero que correlacionan significativamente con los criterios. Hay que añadir que parte de estas correlaciones denotan relaciones triviales (recordemos que, por ejemplo, para llegar a un

alto nivel de consumo seguramente se ingerirá alcohol en muchas ocasiones).

Pueden comprobarse tres tipos de covariables directas:

- 1) Aquéllas que parecen irrelevantes en relación con la totalidad de los problemas del alcoholismo, es decir, que no presentan relaciones dignas de mención con ninguno de los criterios;
- 2) aquéllas en relación con las cuales el consumo elevado de alcohol no provoca problematización; y finalmente,
- 3) aquéllas en las cuales el consumo alcohólico elevado conduce a graves problemas.

Entre los problemas provocados por el consumo de alcohol, el factor B_I ("Crítica familiar y autocrítica") es el de más fácil predicción en base a las covariables, yendo en segundo lugar el factor B_{II} ("Problemas laborales y económicos"), mientras el factor B_{III} ("Problemas sociales y de salud") sólo presenta bajas correlaciones -aún recurriendo a la regresión múltiple-.

En torno a los dos primeros factores de problemas causados por el consumo alcohólico y sus relaciones con las covariables directas, sugerimos dos nuevos modelos de alcoholismo atendiendo a una interpretación del contenido de estas relaciones: El primero se centra en torno al factor B_I ("Crítica familiar y autocrítica"): Un individuo con un consumo problemático de alcohol dispone -por una parte- de normas de consumo muy restrictivas (C_{III}) que al parecer comparte con su entorno social más cercano. Por otra parte, manifiesta un exceso conductual en cuanto a su conducta frente al alcohol (E_I). En estos casos, la cantidad de alcohol ingerido es sólo una parte del exceso conductual, de la infracción a las normas sociales, siendo igualmente importante la discrepancia entre las normas referentes a cuándo y cómo se bebe alcohol. Esto provoca la crítica externa y la autocrítica (B_I),

desencadenando a la vez una serie de reacciones: a) Consumo alcohólico como reacción a la crítica y al mal humor ($D1_I$); b) Intentos de restricción del consumo por temor al ridículo ($D2_{II}$); c) Temor a una descualificación moral y a la estigmatización como alcohólico, con la consiguiente segregación social (C_{IV}). Por otra parte, el consumo de alcohol como reacción a la crítica y al mal humor se realiza en momentos determinados personalmente y no necesariamente admitidas por la sociedad, con lo cual surge nuevamente un exceso alcohólico (E_I). Paralelamente, el temor al ridículo ($D2_{II}$), a la descualificación moral y a la segregación social, conllevan un aumento de la restrictividad de las normas respecto al propio consumo. Con ello se cierra el círculo vicioso. En este modelo, el enfrentamiento entre normas restrictivas y excesos conductuales es esencial para provocar un consumo problemático. Uno sólo de estos factores no parece ocasionar una problematización.

El otro modelo se centra en el factor B_{II} ("Problemas laborales y económicos"): En este caso, puede haber una ingestión elevada de alcohol, aún en situaciones no admitidas por el entorno social más lejano, pero no hay una problematización intrasubjetiva en la medida en que ni el individuo, ni su entorno social más cercano comparten las normas restrictivas de la sociedad. Habría aquí un "factor de irresponsabilidad": surgen confrontaciones con el entorno social más lejano, pero el individuo las vive como problemas externos a él, sin cuestionarse su conducta. Sin embargo, este segundo modelo no se manifiesta tan claramente como el primero a partir de nuestros datos.

Como información complementaria, cabe agregar que la investigación se continuó, fuera del marco de esta tesis, con una validación cruzada en base a los resultados obtenidos, con una muestra similar en tamaño y estructura, pero con un cuestionario reducido construido con los fac-

tores e ítems que mostraron la más alta relación con los criterios. De esta validación cruzada, deseamos señalar algunos resultados:

1) La estructura factorial de los factores de problemas, el factor B_I se mantiene muy bien, agregándose a su vez ítems que hacen del núcleo de sintomatología alcohólica grave (pérdida de control y síntomas de privación) el segundo núcleo importante de este factor. Si recordamos las puntualizaciones de MELLO (1972) respecto a la "perdida de control" como un fenómeno cognitivo, según el cual el "alcohólico" está convencido por sus experiencias anteriores que habitualmente no deja de beber tras algunas copas, así como la connotación de "profecía autocumplida" que se incluye en este concepto, parece admisible y hasta racional que se integre dentro de un factor de autocrítica.

2) El Factor B_{II} , por su parte, se divide aquí en dos factores: "Problemas laborales" y "Problemas económicos", con lo cual ambos núcleos obviamente pierden fuerza y deberían ser implementados en ocasiones posteriores de aplicación.

3) El factor B_{III} ("Problemas sociales y de salud") aparece mejor representado y se integra en el factor B_I .

Parece interesante mencionar estos datos, aunque se salgan del marco estricto de la tesis presentada, puesto que parecen ratificar los modelos ofrecidos en torno a los problemas provocados por el consumo, agregando a los problemas ya clásicos en el estudio del alcoholismo otros núcleos que amplían la gama criterial y pueden resultar importantes en la profundización de sus etapas tempranas y en la prevención del consumo problemático del alcohol. Sin embargo, hay que puntualizar que la metodología de investigación utilizada no permite inferencias causales. Por lo tanto, en base a los resultados obtenidos no debe pensarse en estrategias encaminadas hacia la

prevención primaria del alcoholismo, sino más bien en posibles estrategias de prevención secundaria del consumo problemático de alcohol. Por lo demás, éstas ya representan en sí, un tema digno de mayor estudio y esperamos que nuestros datos inviten a proseguir en esa línea de investigación.

Finalmente, y volviendo a nuestra investigación, al estudiar las características específicas los tres grupos: "alcohólicos", "bebedores problemáticos" y "bebedores normales", con respecto a su frecuencia porcentual de respuesta en los criterios, a los valores medios en las variables de control e ítems criterioles y al promedio de valores obtenidos en los factores de las covariables directas, se pudo observar lo siguiente: En primer lugar, casi todos los ítems criterioles discriminan entre los grupos. En segundo lugar y en el caso de las covariables, aquellos factores que mostraron correlaciones altas con los problemas ocasionados por el consumo de alcohol, también diferenciaron entre los grupos. Así, tanto las escalas criterioles como los factores correlacionados con problemas parecen ser globalmente adecuados para diferenciar entre alcohólicos diagnosticados, personas que están en peligro de serlo y "bebedores normales".

Esperamos que los datos obtenidos en este trabajo de investigación lleven a otros estudios que continúen, profundicen y perfeccionen un acercamiento riguroso frente al complejo fenómeno del consumo problemático de alcohol.

326

BIBLIOGRAFIA

- Abelsohn, D. y Van der Spuy, H.
The age variable in alcoholism.
J.Stud.Alcohol, 39, 800-808, 1978.
- Abu-Laban, B. y Larsen, D.
The qualities and sources of norms and definitions of alcohol.
Soc.Res., 53, 34-43, 1968.
- Adams, K., Grant, I., y Reed, R.
Neuropsychology in alcoholic men in their late thirties: One year follow-up.
Amer.J.Psychiat., 137, 928-931, 1980.
- Albas, D., Albas, Ch. y McCluskey, K.
Anomie, social class and drinking behavior of high-school students.
J.Stud.Alcohol, 39, 910-913, 1978.
- Alexander, C. y Bright, B.
Mailed questionnaire returns in a longitudinal study of college drinking behaviors.
Res.Prev., 12, 16-20, 1965.
- Alexander, N. y Campbell, E.
Peer influences on adolescent drinking.
J.Stud.Alcohol, 28, 444-453, 1967.
- Alonso-Fernández, F.
The state of alcoholism in Spain covering its epidemiological and aetiological aspects.
Brit.J.Addiction, 71, 235-242, 1976.
- Alonso-Fernández, F.
Tipos de Drogodependencia.
Ponencia presentada en el "I Simposio sobre la Droga", Madrid, Feb., 1981.
- Amiel, R.
L'alcoolique, l'alcoolisme et ses répercussions socio-professionnelles.
Toxicomanies, 1, 33-42, 1968.
- Andelković, A., Vranjesević, D. y Milosavcevic, V.
Sociomedical aspects of alcoholism among agricultural workers.
Alkoholizam, 10, 73-85, 1970.
- Anderson, B.
How French children learn to drink.
Trans-Action, 5, 20-22, 1968.
- Ando, H. y Hasegawa, E.
Drinking patterns and attitudes of alcoholics and non-alcoholics in Japan.
J.Stud.Alcohol, 31, 153-161, 1970.

Andork, R., Bela, B., Hegudus, I. y Kiss, J.
The influence of social change on the frequency of certain forms
of deviant behavior.
Institute of the Central Statist, Budapest, 1970.

Apfeldorf, M.
Contrasting assumptions and directions in MMPI research on alcoholism.
J.Stud.Alcohol, 35, 1375-1379, 1974.

Apfeldorf, M.
Alcoholism scales of the MMPI: Contributions and future directions.
Internat.J.Addictions, 13, 17-53, 1978.

Apfeldorf, M.
The quantitative objective assessment of personality traits of alcoholics over the life span.
Addictive Diseases, 3, 449-456, 1978.

Apfeldorf, M. y Hunley, P.
The Mac Andrew Scale; a measure of the diagnosis of alcoholism.
J.Stud.Alcohol, 42, 80-86, 1981.

Argeriou, M.
Daily alcohol consumption patterns in Boston: Some findings and a partial test of the Tuesday hypothesis.
J.Stud.Alcohol, 36, 1578-1583, 1975.

Amor, D., Polich, M. y Stambul, H.
Alcoholism and treatment.
N.Y.: Wiley, 1978.

Back, K. y Sullivan, D.
Self-image, medicine and drug use.
Addictive Diseases, 3, 373-382, 1978.

Bacon, S.
Alcohol and complex society.
J.Stud.Alcohol, 5, 179-200, 1945

Bacon, S.
Drug abuse and alcohol abuse - the social problem perspective.
The Prosecutor, 5, 32-36, 1969.

Bacon, S.
The process of addiction to alcohol: social aspects.
J.Stud.Alcohol, 34, 1-27, 1973.

Bacon, S.
Abstinence, alcohol use and related problems.
Conferencia presentada en el "Semi-Annual Meeting of the North Conway Institute", Boston, Nov., 1979.

- Bahr, H.
Drinking, interaction and identification: Notes on socialization into Skid Row.
J.Health y Social Beh., 8, 272-285, 1967.
- Bailey, M.
A survey of medical and psychiatric practice with alcoholics.
Community Council of Greater New York, Comitee on Alcoholism, 1969.
- Bailey, M., Haberman, P. y Sheinberg, J.
Identifying alcoholics in population surveys: A report on reliability.
J.Stud.Alcohol, 27, 300-315, 1966.
- Bales, R.
Cultural differences in rates of alcoholism.
J.Stud.Alcohol, 6, 480-499, 1946.
- Bales, R.
Attitudes to wards drinking in the Irish culture.
N.Y.: Wiley, 1962.
- Bandura, A.
Principles of behavior modification.
N.Y.: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Barnes, G.
The development of adolescent drinking behavior: An evaluative review of the impact of the socialization process within the family.
Adolescence, 12, 571-591, 1977.
- Baumgaertel, H., Piellisch, B. y Polzin, M.
Sozialmedizinische Aspekte des Alkoholabusus aus der Sicht des Unfallchirurgen.
Hefte Unfallheilk., 94, 286-291, 1968.
- Beauchamp, D.
A note on the notion of social drinking.
Drug Forum, 4, 289-293, 1975.
- Beckman, L.
Self-esteem of women alcoholics.
J.Stud.Alcohol, 39, 491-498, 1978.
- Bennet, R., Buss, M., Arnold, H. y Carpenter, J.
Alcohol and human physical aggression.
J.Stud.Alcohol, 30, 870-876, 1969.
- Berg, N.
Effects of alcohol intoxication on self-concept, studies of alcoholics and controls in laboratory conditions.
J.Stud.Alcohol, 32, 442-453, 1971.

- Berger, H., Legnaro, A. y Reuband, K. (Dirs.)
Alkoholkonsum und Alkoholabhaengigkeit.
Stuttgart: Kohlhammer, 1979.
- Billings, A.
Synchronized sipping in alcoholics and social drinkers: A preliminary investigation.
J.Stud.Alcohol, 39, 554-559, 1978.
- Birchmore, D. y Walderman, R.
The woman alcoholic: A review.
Ontario Psychol., 7, 10-16, 1975.
- Birnbaum, I. y Parker, E. (Dirs.)
Alcohol and human memory.
N.Y.: Wiley, 1977.
- Bjurulf, P., Sternby, N. y Wistedt, B.
Definitions of alcoholism; relevance of liver disease and temperance board registrations in Sweden.
J.Stud.Alcohol, 32, 393-405, 1971.
- Blacker, E.
Sociocultural factors in alcoholism.
Intern.Psychiatry Clinics, 3, 51-80, 1966.
- Blane, H., Overton, W. y Chafetz, M.
Social factors in the diagnosis of alcoholism.
J.Stud.Alcohol, 24, 640-663, 1963.
- Blein, J.
Le problème de l'alcoolisme chronique dans un complexe métallurgique du centre.
Rev.Alcsme., 16, 97-116, 1970.
- Blizard, P.
The public image and social rejection of the alcoholic in New Zealand.
J.Stud.Alcohol, 30, 686-700, 1969.
- Blizard, P.
Beliefs about disease and alcoholism.
Mental Hygiene, 55, 184-189, 1971.
- Blouin, A., Bornstein, R. y Trites, R.
Teenage alcohol use among hyperactive children: A five year follow-up study.
J.Pediat.Psychol., 3, 188-194, 1978.
- Blume, Sh. y Sheppard, Ch.
The changing effect of drinking on the changing personalities of alcoholics.
J.Stud.Alcohol, 28, 436-443, 1967.

Bochnik, H., Hofinga, A. y Pittrich, W.
Statistische Strukturuntersuchungen bei Suchtkranken:
I. Chronischer Alkoholismus.
Wanderversammlung suedwestdeutscher Neurologen und Psychiater,
Baden-Baden, 1967.

Bogani, E.
El alcoholismo, enfermedad social.
Barcelona: Plaza & Janes, 1975.

Bolon, K. y Barling, J.
Alcohol consumption, expectancy and multidimensional locus of
control in female social drinkers.
J.Beh.Science, 2, 331-337, 1978.

Brenner, B.
Estimating the prevalence of alcoholism: Toward a modification of
the Jellinek formula.
J.Stud.Alcohol, 20, 255-260, 1959.

Brenner, B.
Estimating the prevalence of alcoholism from the vital rates.
J.Stud.Alcohol, 21, 140, 1960.

Brenner, B.
Alcoholism and fatal accidents.
J.Stud.Alcohol, 28, 517-528, 1967.

Bresard, M.
Consumation d'alcool et mortalité par cirrhose du foie à
Saint-Etienne et à Marseille.
Bull.Ints.Nat.Hyg., 14, 367, 1959.

Britt, D. y Campbell, E.
A longitudinal analysis of alcohol use, environmental
conductiveness and normative structure.
J.Stud.Alcohol, 38, 1640-1647, 1977.

Bromet, E. y Moos, R.
Sex and marital status in relation to the characteristics of
alcoholics.
J.Stud.Alcohol, 37, 1302-1312, 1976.

Brown, R.
Conformity in Gamma and Delta alcoholics.
J.Clin.Psychol., 33, 895-896, 1977.

Brown, S., Goldman, M., Inn, A. y Anderson, L.
Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and
relation to drinking patterns.
J.Cons.Clin.Psychol., 48, 419-426, 1980.

- Bruun, K.
Drinking behavior in small groups: An experimental study.
The Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1959.
- Bruun, K.
Significance of role and norms in the small group for individual
behaviorial changes whit drinking.
J.Stud.Alcohol, 20, 53-64, 1959.
- Bruun, K., Popham, R. y Seeley, J.
Liver cirrhosis mortality as a means to measure the prevalence
of alcoholism.
The Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1960.
- Bruyn, H.
Alcohol and college youth.
Annals of the N.Y.Acad.of Sciences, 133, 866-872, 1966.
- Buehringer, G.
Planung, Steuer und Bewertung von Therapieeinrichtungen fuer
junge Drogen- und Alkoholabhaengige.
Munich: G.Roettger, 1980.
- Bunzel, R.
The role of alcoholism in two central American cultures.
Psychiatry, 3, 361-387, 1940.
- Burley, P., MacLeod, C. y Gemmil, J.
Effects of social interaction on rate of alcohol consumption.
Psychol.Reports, 42, 49-50, 1978.
- Burton, G. y Kaplan, H.
Sexual behavior and adjustment of married alcoholics.
J.Stud.Alcohol, 29, 603-609, 1968.
- Cadore, R. y Gath, A.
Inheritance of alcoholism in adoptees.
Brit.J.Psychiat., 132, 252-258, 1978.
- Cahalan, D.
Problem drinkers. A National Survey.
San Francisco: Jessey Bass Inc., 1970.
- Cahalan, D., Cisin, I. y Crossley, H.
American drinking practices: A national study of drinking behavior
and attitudes.
Mon.of Rutgers Center of Alcohol Stud., 6, 260, 1969.

- Cahoon, D. y Crosby, C.
A learning approach to chronic drug use sources of reinforcement.
Beh. Ther., 3, 64-71, 1972.
- Cappell, H. y Herman, C.
Alcohol and tension reduction: A review.
J. Stud. Alcohol, 33, 33-64, 1972.
- Carman, R.
Expectations and socialization experiences related to drinking
among U.S. service men.
J. Stud. Alcohol, 32, 1040-1047, 1971.
- Carpenter, J. y Armenti, N.
Effect of alcohol on short-term memory.
J. Stud. Alcohol, 26, 561-579, 1965.
- Carroll, J., Klein, M. y Santo, Y.
Comparison of the similarities and differences in the
self-concepts of male alcoholics and addicts.
J. Cons. Clin. Psychol., 46, 575-576, 1978.
- Cartwright, A., Shaw, S. y Spratley, T.
The relationship between per capita consumption, drinking patterns
and alcohol related problems in a population sample. 1965-1974. Part
I: Increased consumption and changes in drinking pattern.
Brit. J. Addiction, 73, 237-246, 1978.
- Cartwright, A., Shaw, S. y Spratley, T.
The relationships between per capita consumption, drinking patterns
and alcohol related problems in a population sample. 1965-1974. Part
II: Implications for alcohol control policy.
Brit. J. Addiction, 73, 247-258, 1978.
- Catovic, Z.
Alkoholismus und zeitgenoessische junge Generation.
Alcoholism, 4, 132-138, 1968.
- Caudill, B. y Lipscomb, T.
Modeling influences on alcoholics' rates of alcohol consumption.
J. Appl. Beh. Anal., 13, 355-365, 1980.
- Cinopi, I. y Eisert, M.
Mortalité et causes de décès chez les alcooliques.
Sozial psychiatrie, 4, 159-168, 1969.
- Cisin, I.
Community studies of drinking behavior.
Annals of N.Y. Acad. of Sci., 107, 607-612, 1963.

- Clark, R.
The projective measurement of experimentally induced levels of sexual motivation.
J.Exp.Psychol., 44, 391-399, 1952.
- Clark, R., y Sensibar, M.
The relationship between symbolic and manifest projections of sexuality with some incidental correlates.
J.Abn.Sec.Psychol., 50, 327-334, 1955.
- Clark, W.
Operational definitions of drinking problems and associated prevalence rates.
J.Stud.Alcohol, 17, 296-305, 1956.
- Clark, W.
Loss of control, heavy drinking and drinking problems in a longitudinal study.
J.Stud.Alcohol, 37, 1256-1290, 1976.
- Clopton, J.
Alcoholism and the MMPI: A review.
J.Stud.Alcohol, 39, 1540-1558, 1978.
- Cockerham, W.
Drinking patterns of institutionalized and non-institutionalized Wyoming youth.
J.Stud.Alcohol, 36, 993-995, 1975.
- Cohen, J.
Consideraciones estratégicas en el estudio del tráfico y los efectos de alcohol.
Rev.Psicol.Gen.Aplic., 11, 645, 1966.
- Cohen, S.
The many causes of alcoholism.
Drug Abuse & Alcoholism Newsletter, 4, 1-4, 1975.
- Cohen, S.
Alcoholism and women.
Drug Abuse & Alcoholism Newsletter, 5, 6-9, 1976.
- Conley, J. y Kammeier, M.
MMPI item responses of alcoholics in treatment: Comparisons with normals and psychiatric patients.
J.Cons.Clin.Psychol., 48, 668-669, 1980.
- Conger, J.
Perception, learning and emotion: The role of alcohol.
Ann.Amer.Acad.Pol.Sci., 315, 31-39, 1958.

- Coopersmith, S.
The effects of alcohol on reactions to affective stimuli.
J.Stud.Alcohol, 25, 459-475, 1964.
- Coopersmith, S. y Woodrow, K.
Basal conductance levels of normals and alcoholics.
J.Stud.Alcohol, 28, 27-32, 1967.
- Corrigan, E.
Women and problem drinking: Notes on beliefs and facts.
Addictive Diseases, 1, 215-222, 1974.
- Cosper, R.
Interviewer bias in a study of drinking practices.
J.Stud.Alcohol, 30, 152-157, 1969.
- Crancer, A. y Quiring, D.
The chronic alcoholic as a motor vehicle operator.
Northw.Med., 68, 42-47, 1969.
- Cull, J. y Hardy, R. (Dirs.)
Alcohol abuse and rehabilitation approaches.
Illinois: Ch.Thomas, 1974.
- Cutter, H.
Alcohol, drinking patterns and the psychological probability of success.
Beh.Sci., 14, 19-27, 1969.
- Chafetz, M. (Dir.)
Proceedings of the Second Annual Alcoholism Conference of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Psychological and social factors in drinking and treatment and treatment evaluation.
US.Government Printing Office, Pub.No. 3 (NIM) 74-676, 1973.
- Chalfont, H.
Illegitimate illness and the sick role: Social workers and alcoholism.
Univ.Notre Dame, 1970.
- Chandler, J., Hensman, C. y Edwards, G.
Determinants of what happens to alcoholics.
J.Stud.Alcohol, 32, 349-363, 1971.
- Chodorkoff, B.
Alcoholism education in a psychiatric institute: I. Medical students: Attitudes toward alcoholism and achievement.
J.Stud.Alcohol, 28, 723-730, 1967.

- Dahl, S.
Erfahrungen mit chronischen Alkoholikern in Schweden und
Daenemark.
Psychiat.Neurol.med.Psychol., 19, 361-366, 1967.
- Dahlgren, L.
Special problems in female alcoholism.
Brit.J.Addiction, 70, 18-24, 1975.
- Dahlgren, L.
Female alcoholics: III Development and pattern of problem drinking.
Acta Psychiat. Scand., 57, 325-335, 1978.
- Davies-Osterkamp, S.
Alkoholismus bei Frauen.
Drug & Alcohol Dependence, 1, 191-213, 1976.
- Davis, D., Kausch, D. y Gochros, H.
Psychosocial characteristics of check offenders.
Comprehensive Psychiatry, 9, 474-481, 1968.
- De Aberasturi, N., Jiménez, E. y Alarcón, P.
Factores humanos que pueden ser causa de accidentes de tráfico.
Rev.Psicol.Gen.Aplic., 31, 1113-1147, 1976.
- Deardorff, C., Melges, F., Horet, C. y Savage, J.
Situations related to drinking alcohol: A factor analysis of
questionnaire responses.
J.Stud.Alcohol, 36, 1184-1195, 1975.
- De Lint, J. y Schmidt, W.
The distribution of alcohol consumption in Ontario.
J.Stud.Alcohol, 29, 968-973, 1968.
- De Lint, J. y Schmidt, W.
Consumption levels and alcohol prevalence: A brief review of
epidemiological investigations.
Brit.J.Addictions, 66, 97-107, 1971.
- Demel, I.
Veränderungen in der Konstellation der Persönlichkeitszüge von
Alkoholikern während einer Abstinenzzeit.
Zeitschr.klin.Psychol., 3, 221-237, 1974.
- Demogeot, C., Druenne, D. y Latenaire, M.
Reflexions sur les racines religieuses de l'alcoolisme.
Ann.méd.-psychol., 127, 337-348, 1969.

- Demone, H.
Drinking attitudes and practices of male adolescents.
Univ.Brandeis., 1966.
- Deshais, G.
Les problemes psychologiques de la femme de l'alcoolique.
Vie med., 46, 1731-1736, 1965.
- Dewsbury, D.
Effects of alcohol ingestion on copulatory behavior of male rats.
Psychopharmacologia, 11, 276-281, 1967.
- Dobkin de Rios, M. y Feldman, D.
Southern Californian Mexican American drinking patterns:
Some preliminary observations.
J.Psychedelic Drugs, 9, 151-158, 1977.
- Doleys, E.
Varying amounts of alcohol and personality inventory performance.
J.Clin.Psychol., 23, 484-486, 1967.
- Dolland, J.
Drinking mores of the social classes.
New Haven: Yale U.Press, 1945
- Donovan, D., Chaney, E., y O'Leary, M.
Alcoholic MMPI subtypes: Relationship to drinking styles,
benefits and consequences.
J.Nerv.& Ment.Disease, 166, 22-34, 1978.
- Donovan, D. y O'Leary, M.
Comparison of perceived and experienced control among alcoholics
and non-alcoholics.
J.Abn.Psychol., 84, 726-728, 1975.
- Donovan, D. y O'Leary, M.
The drinking related locus of control scale: Reliability, factor
structure and validity.
J.Stud.Alcohol, 39, 759-784, 1978.
- Donovan, D. y O'Leary, M.
Control orientation among alcoholics: A cognitive social
learning perspective.
Amer.J Drug.Alc.Abuse, 6, 487-499, 1979.
- Donovan, D., O'Leary, M. y Walker, D.
Validation of a subjective helplessness measure.
J.Pers.Assessment, 43, 461-467, 1979.

- Donovan, J. y Jessor, R.
Adolescent problem drinking: Psychosocial correlates in a national sample study.
J.Stud.Alcohol, 39, 1506-1524, 1978.
- Dornic, S., Myrsten, A. y Frankenhaeuser, M.
Effects of alcohol on short term memory: Reports from the Psychological Laboratories.
Univ. of Stockholm, Vol.336, 1971.
- Drolet, M.
Le niveau d'estime de soi et ses correlations avec certaines dimensions du concept de soi chez l'alcoolique.
Toxicomanies, 5, 219-242, 1972.
- Dunn, J. y Clay, M.
Physicians look at a general hospital alcoholism service.
J.Stud.Alcohol, 32, 162-167, 1971.
- Eckardt, M., Ryback, R. y Pautler, C.
Neuropsychological deficits in alcoholic men in their mid-thirties.
Amer.J.Psychiat., 137, 932-936, 1980.
- Edwards, E.
The status of alcoholism as a disease.
J.Stud.Alcohol, 29, 962-968, 1968.
- Edwards, G., Chandler, J. y Hensman, C.
Drinking in a London suburb - I. Correlates of normal drinking.
J.Stud.Alcohol, Suppl.6., 69-92, 1972.
- Edwards, G., Chandler, J., Hensman, C. y Peto, J.
Drinking in a London suburb - II. Correlates of trouble with drinking among men.
J.Stud.Alcohol, Suppl.6, 94-119, 1972.
- Edwards, G., Hensman, C. y Peto, J.
Drinking in a London suburb - III. Comparisons of drinking troubles among men and women.
J.Stud.Alcohol, Suppl.6, 120-128, 1972.
- Edwards, G., Hensman, C. y Peto, J.
Drinking in a London suburb: Reinterview of a subsample and assessment of response consistency.
J.Stud.Alcohol, 34, 1244-1254, 1973.
- Enoel, S. y Kotowicz, K.
Heavy drinking and alcoholism; preliminary report.
Med.J.Aust., 1, 607-612, 1970.

Encel, S. Kotowicz, K. y Resler, H.
Drinking practices and attitudes in an Australian metropolitan area.
Soc.Sci.Med., 5, 469-482, 1971.

Encel, S., Kotowicz, K. y Resler, H.
Drinking patterns in Sydney, Australia.
J.Stud.Alcohol, 6, 1-27, 1972.

Engs, R.
Drinking patterns and drinking problems of college students.
J.Stud.Alcohol, 38, 2144-2156, 1977.

Epstein, L., Mills, C. y Simon, A.
Antisocial behavior of the elderly.
Compr.Psychiat., 11, 36-42, 1970.

Erickson, R. y O'Leary, M.
Using the MMPI 168 with alcoholics.
J.Clin.Psychol., 33, 133-135, 1977.

Eshbaugh, D., Hoyt, Ch. y Tosi, D.
Some personality patterns and dimensions of male alcoholics:
A multivariate description.
J.Pers.Assessment, 42, 409-417, 1978.

Ewing, J.
A biopsychosocial look at drinking and alcoholism.
J.Amer.College Health Assoc., 25, 204-208, 1977.

Expert Committee on Mental Health
Alcoholism Subcommittee: Report on the first session.
WHO Techn.Rep.Ser., 42, 1951.

Expert Committee on Mental Health
Alcoholism Subcommittee: Second report.
WHO Techn.Rep.Ser., 48, 1952.

Falk, G.
The contribution of the alcohol culture to alcoholism in America.
Brit.J.Addiction, 65, 9-17, 1970.

Falkey, B.
Individual problem drinking on and off the job.
J.Occupat.Med., 4, 726-731, 1962.

Feldman, J., Su, W.H., Kaley, M. y Kissin, B.
Skid-row and inner-city alcoholics: A comparison of drinking patterns and medical problems.
J.Stud.Alcohol, 35, 565-576, 1974.

- Field, P.
A new cross-cultural study of drunkenness.
N.Y.: Pittman and Snyder, 1962.
- Figuerido, C.A.
Alcohol y accidentes de tráfico.
Rev.Psicol.Gen.Aplic., 16, 471, 1971.
- Fillmore, K.
Relationships between specific drinking problems in early adulthood and middle age: An exploratory 20-year follow-up study.
J.Stud.Alcohol, 36, 882-907, 1975.
- Filstead, W., Rossi, J. y Goby, M.
Alcoholism and alcohol problems on college campuses: Problems, priorities and recommendations.
J.Alcohol & Drug Education, 21, 35-43, 1976.
- Fine, E.
The relationship between depression and alcoholism.
En: Gottheil, E., McLellan, A., Druley, K. y Alterman, A. (Dirs):
Addiction research and treatment: Converging trends. Proceedings of the First Annual Coatesville-Jefferson Conference on Addiction.
N.Y.: Pergamon, 1979.
- Finney, J., Smith, D., Skeeters, D. y Auvenshine, D.
MMPI alcoholism scales: Factor structure and content analysis.
J.Stud.Alcohol, 32, 1055-1060, 1971.
- Fitzgerald, J., Mulford, M. y Mulford, H.
Social attributes, problem drinking and alcoholism treatment contacts: Labeling versus Social Etiology.
J.Stud.Alcohol, 42, 403-413, 1981.
- Fleetwood, M. y Diethelm, O.
Emotions and biochemical findings in alcoholism.
Amer.J.Psychiat., 108, 433-438, 1951.
- Forslund, M. y Gustafson, T.
Alcohol and high-schoolers.
NASSP Bull., 53, 52-59, 1969.
- Forney, R. y Hughes, F.
Delayed auditory feedback and ethanol Effects on verbal and arithmetical performance.
J.Psychol., 52, 185-192, 1967.
- Forney, R. y Hughes, F.
Effect of caffeine and alcohol on performance under stress of audiofeedback.
J.Stud.Alcohol, 26, 206-212, 1965.

- Foy, D., y Simon, S.
Alcoholic drinking topography as a function of solitary versus social context.
Addictive Behaviors, 3, 39-41, 1978.
- Franks, D. y Thacker, B.
Assessing familial factors in alcoholism and MMPI profiles.
Am.J.Psychiatry, 136, 1084-1085, 1979.
- Fredd, E.
Alcohol and Mood: An updated review.
Internat.J.Addictions, 13, 173-200, 1978.
- Freedberg, E. y Scherer, Sh.
The Ontario Problem Assessment Battery for alcoholics.
Psychol.Reports, 40, 743-746, 1977.
- Fréour, P., Serise, M., Coudray, P. y Benier, J.
Qui pensent de l'alcoolisme les habitants des grands ensembles urbains? Résultats d'une enquête d'opinion.
Alcoolisme, 15, 97-134, 1969.
- Fruehauf, E.
Lerntheoretische Konzepte und Verhaltenstherapie des Alkoholismus.
Tesina de Licenciatura para obtener el título de Licenciado en Psicología, Univ. de Munich, 1973.
- Galanter, M. (Dir.)
Currents in alcoholism. Vol.7: Recent advances in research and treatment.
N.Y.: Grune & Stratton, 1980.
- Galanter, M.
Sociobiology and informal social controls of drinking; findings from two charismatic sects.
J.Stud.Alcohol, 42, 64-79, 1981.
- Gannt, H.
Effect of alcohol on sexual reflexes in dogs.
Amer.J.Psysiol., 129, 360, 1940.
- Gannt, H.
Effects of alcohol on the sexual reflexes of normal and neurotic male dogs.
Psychosom.Med., 14, 174-181, 1952.
- Garfield, Z.
Effect of alcohol ingestion by alcoholics on arousal level and stimulus response: An exploratory study.
Diss.Abstr., B 30, 1969.

Garfield, Z. y McBrearty, J.
Arousal level and stimulus response in alcoholics after drinking.
J.Stud.Alcohol, 31, 832-838, 1970.

Gibbens, T. y Silberman, M.
Alcoholism among prisoners.
Psychol.Med., 1, 73-78, 1970.

Gibson, S. y Becker, J.
Alcoholism and depression: The factor structure of alcoholics' responses to depression inventories.
J.Stud.Alcohol, 34, 400-408, 1973.

Gitlow, S.
Alcoholism: A Disease.
En: Borne, P. y Fot, R. (Dirs.): Alcoholism, progress in research and treatment.
N.Y.: Acad.Press, 1973.

Gitter, G. y Licht, J.
Blue collar drinking.
CRC Report, N° 72, 1-20, 1978.

Gitter, G. y Licht, J.
Background factors in industrial drinking.
CRC Report, N° 73, 1-11, 1978.

Glad, D.
Attitudes and experience of American-Jewish and American-Irish male youth as related to differences in adult rates of inebriety.
J.Stud.Alcohol, 8, 406-472, 1947.

Globetti, G.
Teenage drinking in an abstinence setting.
Kansas J. of Sociology, 3, 124-132, 1967.

Globetti, G.
The use of beverage alcohol by youth in an abstinence setting.
J.Sch.Health, 39, 179-183, 1969.

Globetti, G. y Mc Reynolds, M.
A comparative study of white and negro students' use of alcohol in two Mississippi communities: Preliminary report.
Soc.Sci.Res.Center, 4, 1966.

Globetti, G. y Pomeroy, D.
Characteristics of community residents who are favorable toward alcohol education.
Ment.Hyg., 54, 411-415, 1970.

- Globetti, G. y Windham, G.
The social adjustment of high school students and the use of beverage alcohol.
Sociol. & Soc.Res., 51, 148-157, 1967.
- Godard, J.
Alcoolisme et médecine du travail: Une enquête auprès des médecins du travail.
Rev.Alcsme., 16, 4-24, 1970.
- Goldenberg, M., Korn, F., Sluzki, C. y Tarnopolsky, A.
Attitudes towards alcohol, alcoholism and the alcoholic: An exploratory study.
Social Sci.Med., 2, 29-39, 1968.
- Goldstein, K.
A comparison of self- and peer-reports of smoking and drinking behavior.
Psychol.Reports, 18, 702, 1966.
- Good, L. y Parker, Ch.
An alcoholism proneness scale.
Psychology, 14, 44-45, 1977.
- Goodwin, D.
Alcohol and recall: State-dependent effect in man.
Science, 163, 1358-1360, 1969.
- Goodwin, D.
Alcoholism and heredity: A review and hypothesis.
Arch.Gen.Psychiat., 36, 57-61, 1979
- Goodwin, D., Johnson, J., Maher, Ch., Rappaport, A. y Guze, S.
Why people do not drink: A study of teetotalers.
Comprehens.Psychiat., 10, 209-214, 1969.
- Goodwin, D., Crane, B. y Guze, S.
Phenomenological aspects of the alcoholic "blackout".
Brit.J.Psychiat., 115, 1033-1038, 1969.
- Goodwin, D., Crane, B. y Guze, S.
Alcoholic "blackouts": A review and clinical study of 100 alcoholics.
Amer.J.Psychiat., 126, 191-198, 1969.
- Gorenstein, E.
Relationships between depression, psychopathy and hysteria to patterns of alcohol consumption and abuse in males and females.
En: Galanter, M. (Dir): Currents in alcoholism. Vol.7. Recent advances in research and treatment.
N.Y.: Grune & Stratton, 1980.

- Gray, R., Moody, Ph., Sellars, M., y Ward, J.
Physicians authoritarianism and the treatment of alcoholics.
J.Stud.Alcohol, 30, 981-983, 1969.
- Greenberg, L. y Carpenter, J.
The effect of alcoholic beverages on skin conductance and emotional tension. I: Wine, whisky and alcohol.
J.Stud.Alcohol, 18, 190-204, 1957.
- Gruentzig, A., Blohmke, M. Depner, R., Koschorrek, W. y Stelzer, O.
Alkohol Verbrauch und soziale, physiologische und medizinische Daten.
Z.Praev.-Med., 15, 1-10, 1970.
- Gruner, W.
Das Problem des jugendlichen Alkoholismus: Eine Analyse der Literatur.
Fort.Neurol., Psychiat. u. Grenzgeb., 45, 77-97, 1977.
- Guze, S. y Goodwin, D.
Consistency of drinking and diagnosis of alcoholism.
J.Stud.Alcohol, 33, 111-116, 1972.
- Haberman, P.
Differences between families admitting and denying an existing drinking problem.
J. Hlth. Hum. Beh., 4, 141-145, 1963.
- Haberman, P.
Denial of drinking in a household survey.
J. Stud. Alcohol, 31, 710-717, 1970.
- Haberman, P. y Scheinberg, J.
Public attitudes toward alcoholism as an illness.
Am. J. Pub Hlth., 59, 1209-1216, 1969.
- Hanson, D.
Social norms and drinking behavior: Implications for alcohol and drug education.
J. Alcohol & Drug Ed., 18, 18-24, 1973.
- Hanson, D.
A note on parental attitudes and the incidence of drinking.
Drinking & Drug Practices Surv., 8, 12-14, 1973a.
- Hanson, D.
Attitudes, norms and drinking behavior: A bibliography.
N. Y.: State Univ. College, 1973b.
- Hanson, D.
Drinking attitudes and behaviors among college students.
J. Alcohol & Drug Ed., 19, 6-14, 1974 .

Hanson, D.
College students' reasons for drinking: Twenty years trends.
College Student J., 9, 256-257, 1975.

Hanson, D.
Trends in drinking attitudes and behaviors among college students.
J. Alcohol & Drug Ed., 22, 17-22, 1977.

Hansson, K. y Saarman, T.
Alkoholhunksaker och attityder.
Alkoholfragan, 64, 137-140, 1970.

Harford, T.
Patterns of alcohol use among adolescents.
Psychiat. Opinion, 12, 17-21, 1975.

Harford, T. y Mills, G.
Age-related trends in alcohol consumption.
J. Stud. Alcohol, 39, 207-210, 1978.

Harper, E.
The problem of the alcohol-dependent individual.
Military Med., 139, 439-443, 1974.

Harrison, B.
Temperance Societies.
Local Historian, 8, 135-138, 1968.

Harrison, D.
Emerging drinking patterns of pre-adolescents: A study of the influence of significant others.
Mississippi State Univ. , 1970.

Hart, B.
Effects of alcohol on sexual reflexes and mating behavior in the male dog.
J. Stud. Alcohol, 29, 839-844, 1968.

Heath, D.
Drinking patterns of the Bolivian Camba.
J. Stud. Alcohol, 19, 491-508, 1958.

Heath, D.
Determining the sociocultural context of alcohol use.
J. Stud. Alcohol, Suppl. No. 9, 9-17, 1981.

Hecht, M.
Children of alcoholics are children at risk.
Am. J. Nursing, 73, 1764-1767, 1973.

Hedri, A.
Wohlstands-Ehekrise.
Zeitschr. f. Psychoth. med. Psychol., 21, 35-38, 1971

- Hell, D., Battegay, R., Muehlenmann, R. y Dillinger, A.
Wie sich Alkohol und Drogenkonsumenten selbst sehen: Eine
persoenliche und soziale Analyse.
Arch. Psychiat. Nervenkrankh., 221, 345-360, 1976.
- Herzog, M. y Wilson, A.
Personality characteristics of the female alcoholic.
J. Clin. Psychol., 34, 1002-1004, 1978.
- Hetherington, E. y Wray, N.
Aggression, need for social approval, and humor preferences.
J. Abnorm. Soc. Psychol., 68, 685-689, 1964.
- Hirayama, K., Watanabe, Y. y Chiba, K.
The drinking patterns of boys and girl-students of Pharmaceutical
Institute in Nihon University.
Jap. J. Stud. Alc., 5, 14-18, 1970.
- Hodo, G. y Barker, H.
Discriminating alcoholic and non alcoholic patients with conven-
tional and factored MMPI scales: a comparison.
J. Clin. Psychol., 32, 495-497, 1976.
- Hodo, G. y Fowler, R.
Frequency of MMPI two-point codes in a large alcoholic sample.
J. Clin. Psychol., 32, 487-489., 1976.
- Hollister, L. y Gillespie, H.
Marihuana, ethanol and dextroamphetamine: Mood and mental func-
tion alterations.
Arch. Gen. Psychiat., 23, 199-203, 1970.
- Horn, J. y Wanberg, K.
Symptom patterns related to excessive use of alcohol.
J. Stud. Alcohol, 30, 35-58, 1969.
- Hornick, E. y Myles, C.
Teenage drinking.
Psychiat. Opinion, 12, 12-16, 1975.
- Horton, D.
The function of alcohol in primitive societies: a cross-cultural
study.
J. Stud. Alcohol, 4, 199-320, 1943.
- Hudolin, V.
Alcoholism in Croatia.
Int. J. Soc. Psychiat., 15, 85-91, 1969.
- Hughes, Forney, R. y Gates, P.
Performance in human subjects under delayed auditory feedback
after alcohol, a tranquilizer (benzquinamide), or benzquinamide-
-alcohol-combination.
J. Psychol., 55, 25-32, 1963.

Hyman, M.
"Alcoholic", "unspecified" and "other specified" cirrhosis mortality: A study in validity.
J. Stud. Alcohol, 42, 336-343, 1981.

Im Obersteg, J. y Baumlér, J.
Unfaelle unter der Einwirkung von Arzneimitteln und Alkohol.
Schweiz. med. Wschr., 97, 1039-1042, 1967.

Ipsen, J., Moore, M. y Alexander, L.
Prevalence of alcoholism in the population and among suicides and accidents from poisoning, Massachussetts 1938-1948.
J. Stud. Alcohol, 13, 204-214, 1952.

Jackson, J.
The definition and measurement of alcoholism: H-technique scales of preoccupation with alcohol and psychological involment.
J. Stud. Alcohol, 18, 240-262, 1957.

Jackson, J.
Types of drinking patterns of male alcoholics.
J. Stud. Alcohol, 19, 269-302, 1958.

Jackson, J. y Connor, R.
Attitudes of the parents of alcoholics, moderate drinkers and non-drinkers toward drinking.
J. Stud. Alcohol, 14, 596-613, 1954.

Jackson, J. y Kogan, K.
The search for solutions; help-seeking patterns of families of active and inactive alcoholics.
J. Stud. Alcohol, 24, 449-472, 1963.

James, J. y Godman, M.
Behavior trends of wives of alcoholics.
J. Stud. Alcohol, 32, 373-381, 1971.

Jellinek, E.
Phases of alcohol addiction.
J. Stud. Alcohol, 13, 673-684, 1952.

Jellinek, E.
Estimating the prevalence of alcoholism: Modified values in the Jellinek formula and an alternative approach.
J. Stud. Alcohol, 20, 261-269, 1959.

Jellinek, E.
The disease concept of alcoholism.
Connecticut: College & Univ. Press, 1960.

Jessor, R., Young, E., Boutourline, H. y Tesi, G.
Perceived opportunity, alienation and drinking behavior among Italian and American youth.
J. Pers. Soc. Psychol., 15, 215-222, 1970.

- Johanson, K.
Aktuell stridsfraga: alkohol-och tobaksreklam.
Alkoholfragan, 64, 217-220, 1970.
- Johnson, S. y Garzon, S.
Alcoholism and women.
Am. J. Drug & Alcohol Abuse, 5, 107-122, 1978.
- Jones, R. y Stone, G.
Psychological studies of marijuana and alcohol in man.
Psychopharmacologia, 18, 108-117, 1970.
- Jupp, G.
The role and functions of the tavern in Montreal.
Calgary: Univ. Alberta, 1969.
- Kalin, R.
Effects of alcohol on memory.
J. Abn. Soc. Psychol., 69, 635-641, 1964.
- Kalin, R., McClelland, D. y Kahn, M.
The effects of male social drinking on fantasy.
J. Pers. Soc. Psychol., 1, 441-452, 1965.
- Kapamadzija, B.
Alkohol i samoubistvo (Alcohol and suicide).
Alkoholizam, 9, 23-34, 1969.
- Keehn, J.
Neuroticism and extraversion: Chronic alcoholics' reports on effects of drinking.
Psychol. Rep., 27, 767-770, 1970.
- Keehn, J.
Reinforcement of alcoholism: Schedule control of solitary drinking.
J. Stud. Alcohol, 31, 28-39, 1970.
- Keller, M.
The definition of alcoholism and the estimate of its prevalence.
N. Y.: Wiley, 1962.
- Keller, M.
Alcoholism; nature and extent of the problem.
Annals of the Amer. Acad. of Science, 315, 1-11, 1958.
- Kepner, E.
Applications of learning theory to the etiology and treatment of alcoholism.
J. Stud. Alcohol, 25, 1178-1194, 1964.

- Khavari, K. y Farber, Ph.
A profile instrument for the quantification and assessment of alcohol consumption.
J. Stud. Alcohol, 39, 1525-1539, 1978.
- Kilty, K.
Attitudinal and normative variables as predictors of drinking behavior.
J. Stud. Alcohol, 39, 1178-1194, 1978.
- Kline, J., Rozyrko, V., Flint, G. y Roberts, A.
Personality characteristics of male native American alcoholic patients.
Int. J. Addictions, 8, 729-732, 1973.
- Knott, D., Fink, R., Morgan, J. y Austin, J.
Alcohol and violent crime: Chance association or causal relationship?
Quart. J. Corrections, 1, 41-44, 1977.
- Knox, W.
Attitudes of psychologists toward alcoholism.
J. Clin. Psychol., 25, 446-450, 1969.
- Knot, W.
Attitudes of psychiatrists and psychologist toward alcoholism.
Am. J. Psychiat., 127, 1675-1679, 1971.
- Knox, W.
Objective psychological measurement and alcoholism: Review of literature, 1971-72.
Psychol. Reports, 38, 1023-1050, 1976.
- Knupfer, G.
Female drinking patterns.
Washington: 15. Annual Meeting of the North Am. Assoc. of Alcohol, 1964.
- Knupfer, G.
Some methodological problems in the epidemiology of alcoholic beverage usage: Definition of amount of intake.
Am. J. Pub. Hlth., 56, 237-242, 1966.
- Knupfer, G.
The epidemiology of problem drinking.
Am. J. Pub. Hlth., 57, 973-986, 1976.
- Knupfer, G., Fink, R., Clark, W. y Goffman, A.
Factors related to amount of drinking in an urban community.
Berkeley: Calif. State Dept. Pub. Hlth., 1963.

- Knupfer, G. y Room, R.
Age, sex and social class as factors in amount of drinking in a metropolitan community.
Soc. Probl., 12, 12, 224-240, 1964.
- Knupfer, G. y Room, R.
Drinking patterns and attitudes of Irish, Jewish and white Protestant American men.
J. Stud. Alcohol, 28, 676-699, 1967.
- Koller, K. y Castanos, J.
Attempted suicide and alcoholism.
Med. J. Aust., 55, 835-837, 1968.
- Korman, M., Knopf, I. y Austin, R.
Effects of alcohol on serial learning under stress conditions.
Psychol. Rep., 7, 217-220, 1960.
- Krampe, G. y Nispel, L.
Zur Dimensionalität des Alkoholismus.
Zeitschr. f. Klin. Psychol., 8, 181-194, 1979.
- Krauthamer, C.
The personality of alcoholic middle-class women: A comparative study with MMPI.
J. Clin. Psychol., 35, 442-448, 1979.
- Kucek, P.
Subjective preconditions of resistance to load in alcoholics.
Studia Psychol., 20, 46-54, 1978.
- Kurtines, W., Ball, L. y Wood, G.
Personality characteristics of long-term recovered alcoholics: A comparative analysis.
J. Cons. Clin. Psychol., 46, 971-977, 1978.
- Lang, B. Adamovic, D., Hecimovic, V., Sudar, B. y Gruden, V.
Alkoholizam i Suicid (Alcoholism and suicide).
Anali Bolnice "Dr. M. Stojanovic", 6, 254-259, 1967.
- Lange, E. y Truebsbach, G.
Entwicklungs-besonderheiten, soziales Bezugsfeld und Familienstruktur bei 100 jungen, straffällig gewordenen Gewohnheits-Geselligkeits-trinkern der Stadt Dresden.
Psychiat. Neurol. med. Psychol., 21, 311-317, 1969.
- Langone, J. y Langone, D.
Women who drink.
M. A.: Addison-Wesley, 1980.
- Lanyon, R. y Primo, R.
The assessment of problem drinking in males.
J. Clin. Psychol., 31, 152-158, 1975.

- Larsen, D. y Abu-Laban, B.
Norm qualities and deviant drinking behavior.
Soc. Problems, 15, 441-450, 1968.
- Lazarus, A.
Towards the understanding and effective treatment of alcoholism.
S. A. Med. J., 39, 736-741, 1965.
- Lederman, S. C.
Alcool, alcoolisme, alcoolisation.
Paris: Inst. Nat. d'Etudes Demographiques, 1954.
- Lee, E.
Female adolescent drinking behavior: Potential hazards.
J. School Hlth., 48, 151-156, 1978.
- Legnaro, A. y Reuvand, K. (Dirs.)
Alkoholkonsum und Alkoholabhaengigkeit.
Stuttgart: Kohlhammer, 1979.
- Lemert, E.
Alcohol and the Northwest Coast Indians.
Berkeley: Univ. of Calif. Press, 1954.
- Levine, J.
The sexual adjustment of alcoholics. A clinical study of a select
ed sample.
J. Stud. Alcohol, 16, 675-680, 1955.
- Levinger, G.
Sources of marital dissatisfaction among applicants for divorce.
Am. J. Orthopsychiat., 36, 803-807, 1966.
- Lienert, G. y Traxel, W.
The effect of meprobamate and alcohol on galvanic skin response.
J. Psychol., 48, 329-334, 1959.
- Linsky, A.
The changing public views of alcoholism.
J. Stud. Alcohol, 32, 692-704, 1970.
- Linsky, A.
Theories of behavior and the image of the alcoholic in popular
magazines 1960-1966.
Publ. Opinion Quart., 34, 573-581, 1971.
- Lipscomb, W.
Survey measurements of the prevalence of alcoholism. A review
of five surveys.
Arch. Gen. Psychiat., 15, 455-461, 1966.

- Lisansky, E.
The etiology of alcoholism: The role of psychological predisposition.
Illinois: Charles Thomas, 1972.
- Lisansky, E. y Gomberg, E.
Etiology of alcoholism.
J. Consult. Clin. Psychol., 32, 18-20, 1968.
- Lolli, G. Serianni, E., Banissoni, F., Golder, G., Mariani, A., McCarthy, R. y Toner, M.
The use of wine and other alcoholic beverages by a group of Italians and Americans of Italian extraction.
J. Stud. Alcohol, 13, 27-48, 1952.
- Lolli, G. Serianni, E., Golder, G., Balboni, C. y Mariani, A.
Further observations on the use of wine and other alcoholic beverages by Italians and Americans of Italian extraction.
J. Stud. Alcohol, 14, 395-405, 1953.
- Lolli, G. Golder, G., Serianni, E., Bonfiglia, G. y Balboni, C.
Choice of alcoholic beverage among 178 alcoholics in Italy.
J. Stud. Alcohol, 19, 303-308, 1958.
- Loper, R. y Kammerer, M.
MMPI characteristics of college freshman males who later became alcoholics.
J. Abn. Psychol., 82, 159-162, 1973.
- López-Ibor, J.
Origen, etapas y continuación del alcoholismo.
Actas Luso-Españolas Neurol. Psiquiat. y Ciencias Afines, 5, 39-48, 1977.
- López-Ibor, J.
¿Por qué bebe el hombre?
Actas Luso-Españolas Neurol. Psiquiat. y Ciencias Afines, 5, 1-6, 1977.
- Ludwig, A.
On and off the wagon: Reasons for drinking and abstaining by alcoholics.
J. Stud. Alcohol, 33, 91-96, 1972.
- Lustig, B.
Alkohol und moderne Gesellschaft.
Ther. Gegenwart, 105, 735-740, 1966.
- Lynn, R.
A climate of anxiety.
New Society, 48, 1190-1192, 1971.

- Lynn, R.
National and racial differences in anxiety.
Manking Quart., 11, 205-214, 1971.
- Llopis, B.
Die Eifersuchtsideen der Trinker.
Fortschr. Neurol. Psychiat., 30, 543-564, 1962.
- MacAndrew, C.
Women alcoholics' responses to Scale 4 of the MMPI.
J. Stud. Alcohol, 39, 1841-1854, 1978.
- MacKey, R.
Views of caregiving and mental health groups about alcoholics.
J. Stud. Alcohol, 30, 665-671, 1969.
- Maddox, G.
Rolenaking: negotiations in emergent drinking careers.
Soc. Science Quart., 49, 331-349, 1968.
- Maddox, G. y Allen, B.
A comparative study of social definitions of alcohol and its
uses among selected male Negro and white undergraduates.
J. Stud. Alcohol, 22, 418-427, 1961.
- Maisto, S., Laverman, R. y Adesso, V.
A comparison of two experimental studies of the role of
cognitive factors in alcoholics' drinking.
J. Stud. Alcohol, 38, 145-149, 1977.
- Mäkelä, K.
Alkoholien ongelmakäyttäjät kulutustutkimuksen mukaan (Excessive
drinking according to a study on alcohol consumption).
Alkoholikysymys, 3, 160-171, 1970.
- Mäkelä, K.
Measuring the consumption of alcohol in the 1968-1969 alcohol
consumption study.
Helsinki: Social Res. Institute of Alc. Stud., 1971.
- Mäkelä, K.
Consumption level and cultural drinking patterns as determinants
of alcohol problems.
J. Drug Issues, 12, 345-357, 1975.
- Mäkelä, K.
The uses of alcohol and their cultural regulation.
Helsinki: Social Research Inst. Alcohol Stud., 1979.
- Marconi, J.
The concept of alcoholism.
J. Stud. Alcohol, 20, 216-235, 1959.

Marconi, J.
Scientific theory and operational definitions in psychopathology.
With special reference to alcoholism.
J. Stud. Alcohol, 20, 216-235, 1959.

Marconi, J.
Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo
de programas de control y prevención del alcoholismo.
Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat., 15, 351-355, 1969.

Marden, Ph., Zylman, R., Fillmore, K. y Bacon, S.
Comment on "A National Study of adolescent drinking behavior,
attitudes and correlates".
J. Stud. Alcohol, 37, 1346-1358, 1976.

Margulies, R., Kessler, R. y Kandel, D.
A longitudinal study of onset of drinking among high-school
students.
J. Stud. Alcohol, 38, 897-912, 1977.

Marinkovic, V.
Incestuous occurrences in chronic alcohol intoxications.
Alkoholizam, 8, 110-117, 1968.

Masserman, J. y Jaques, M.
Alcohol as a preventive of experimental neuroses.
J. Stud. Alcohol, 6, 281-299, 1945.

Maxwell, M.
Drinking behavior in the state of Washington.
J. Stud. Alcohol, 13, 219-239, 1952.

Mayer, J. y Filstead, W.
Adolescence and alcohol.
Cambridge: Ballinger, 1980.

Mayer, J. y Filstead, W.
Empirical procedures for defining adolescent alcohol misuse.
En: Mayer, J. y Filstead, W. Adolescence and alcohol.
Cambridge: Ballinger, 1980.

Mayfield, D.
Alcoholism viewed as an illness.
Southern Med. J., 60, 736-740, 1967.

Mayfield, D.
Psychopharmacology of alcohol. I. Affective change with intoxication,
drinking behavior and affective state.
J. Nerv. Ment. Dis, 146, 314-321, 1968.

Mayfield, D. y Allen, D.
Alcohol and affect: A psychopharmacological study.
Amer. J. Psychiat., 123, 1346-1351, 1967.

- Mayfield, D. y Coleman, L.
Alcohol use and affective disorder.
Dis. Nerv. Syst., 29, 467-474, 1968.
- McAuley, T., Longabaugh, R. y Gross, H.
Comparative effectiveness of self and family forms of the
Michigan Alcoholism Screening Test.
J. Stud. Alcohol, 39, 1622-1627, 1978.
- McCarthy, M.
Psychological variables operative in alcoholism.
Psychiat. Opinion, 12, 6-13, 1975.
- McCarthy, R. y Fain, T.
Measuring knowledge of alcoholism in the community.
J. Stud. Alcohol, 20, 645-654, 1959.
- McClelland, D.
The power of positive drinking.
Psychol. Today, 4, 40-41, 78-79, 1971.
- McGonnel, P. y Beach, H.
The effect of ethanol on the acquisition of a conditioned GSR.
J. Stud. Alcohol, 29, 845-855, 1968.
- McGuire, M., Stein, S. y Mendelson, J.
Comparative psychosocial studies of alcoholic and non-alcoholic
subjects undergoing experimentally induced ethanol intoxication.
Psychosom. Med., 28, 13-26, 1966.
- McKechinie, R., Cameron, D., Cameron, I. y Drewry, J.
Teenage drinking in South-West Scotland.
Brit. J. Addiction, 72, 287-295, 1977.
- McLachlan, J.
Classification of alcoholics by an MMPI actuarial system.
J. Clin. Psychol., 31, 145-147, 1974.
- McLachlan, J.
A MMPI discriminant function to distinguish alcoholics from
narcotic addicts: Effects of age, sex and psychopathology.
J. Clin. Psychol., 31, 163-165, 1975.
- McNamee, B., Mello, N. y Mendelson, J.
Experimental analysis of drinking patterns of alcoholics:
Concurrent psychiatric observations.
Amer. J. Psychiat., 124, 1063-1069, 1968.
- Medina, E.
The role of alcohol in accidents and violence.
Toronto: Univ. of Toronto Press., 1970

- Mello, N.
Behavioral studies of alcoholism.
En: Kissin, B. y Begleiter, H. (Dir.): The Biology of Alcoholism.
N. Y.: Plenum Press, 1972.
- Mello, N. y Mendelson, J. (Dir.)
Recent advances in alcoholism.
Maryland: Nat. Institute of Mental Health, 1970.
- Mendelson, J., Wexler, F., Kubzansky, P., Harrison, R., Leidemann,
G. y Solomon, P.
Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in
alcoholics. X. Conclusions and implications.
J. Stud. Alcohol, Suppl. No.2., 117-126, 1964.
- Mendelson, J. y LaDou, J.
Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in
alcoholics. I. Background and experimental design.
J. Stud. Alcohol, Suppl. No.2., 1-13, 1964.
- Mendelson, J. y LaDou, J.
Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in
alcoholics. II. Psychophysiological findings.
J. Stud. Alcohol, Suppl. No.2., 14-39, 1964.
- Mendelson, J., LaDou, J. y Solomon, Ph.
Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in
alcoholics. III. Psychiatric findings.
J. Stud. Alcohol, Suppl. No.2., 40-52, 1964.
- Mendelson, J., Mello, N. y Solomon, Ph.
Small group drinking behavior: An experimental study of chronic
alcoholics.
The Addictive States Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis., 26, 399-430,
1968.
- Miller, W.
Alcoholism scales and objective assessment methods: A review.
Psychol. Bull., 83, 649-674, 1976.
- Mills, K., Sobell, M. y Schaefer, H.
Training social drinking as an alternative to abstinence for
alcoholics.
Beh. Ther., 2, 18-27, 1971.
- Mitchell, J., Hong, M. y Gorman, C.
Childhood onset of alcohol abuse.
Am J. Orthopsychiat., 49, 511-513, 1979.
- Mizuchi, E. y Perrucci, R.
Norm qualities and differential effects of deviant behavior: an
exploratory analysis.
Am. Soc. Rev., 27, 391-399, 1962.

- Mogar, R.
Staff attitudes toward the alcoholic patient.
Arch. Gen. Psychiat., 21, 449-454, 1969.
- Moody, Ph.
Attitudes of nurses and nursing students toward alcoholism treatment.
J. Stud. Alcohol, 32, 172-175, 1971.
- Moore, R.
The conception of alcoholism as a mental illness.
J. Stud. Alcohol, 29, 172-175, 1968.
- Moore, W.
American methodists and alcohol.
Addictions, 16, 10-19, 1969.
- Moos, R., Moos, B. y Kulik, J.
Behavioral and self-concept antecedents and correlates of college-student drinking patterns.
Int. J. Addictions, 12, 603-615, 1977.
- Morin, J. y Courtois, P.
Alcoolisme, maladie sociale.
Ann. Med. Psychol., 2, 221-235, 1970.
- Morrison, G.
The relationship between knowledge and perception of registered nurses and their potential for meeting the needs of alcoholics as perceived by tubercular-alcoholic veterans.
N. Y.: New York Univ. Press, 1966.
- Morrissey, E. y Schuckit, M.
Stressful life events and alcohol problems among women seen at a detoxication center.
J. Stud. Alcohol, 39, 1559-1576, 1978.
- Mortimer, R., Filkins, L., Kerlan, M. y Lower, J.
Psychometric identification of problem drinkers.
J. Stud. Alcohol, 34, 1332-1335, 1973.
- Moss, M. y Beresford-Davies, E.
A survey of alcoholism in an English county.
London: Geigy, 1967.
- Mueller, S.
The effect of alcohol upon the alcoholic's conformity behavior and mood state.
Diss. Abstr., 26, 1965.
- Mueller, S. y Ferneau, E.
Attitudes toward alcoholism among a group of college students.
Int. J. Addictions, 6, 443-451, 1971.

Mules, J., Hague, W. y Dudley, D.
Life change, its perception and alcohol addiction.
J. Stud. Alcohol, 38, 487-493, 1977.

Mulford, H.
Iowa's drinking driver, 1961, with a method for identifying
drinking drivers in a survey sample.
Soc. Prob., 12, 196-211, 1964.

Mulford, H.
Meeting the problems of alcohol abuse: A testable action plan
for Iowa.
Cedar Rapids: Iowa Alcoholism Foundation, 1970.

Mulford, H. y Miller, D.
Drinking in Iowa: II. The extent of drinking and selected socio-
-cultural categories.
J. Stud. Alcohol, 21, 26-39, 1960a.

Mulford, M. y Miller, D.
Drinking in Iowa: III. A scale of definitions of alcohol related
to drinking behavior. IV. Preoccupation with alcohol and defini-
tions of alcohol, heavy drinking and trouble due to drinking.
J. Stud. Alcohol, 21, 267-291, 1960b.

Mulford, H. y Miller, D.
Drinking in Iowa: V. Drinking and alcoholic drinking.
J. Stud. Alcohol, 21, 483-499, 1960c.

Mulford, H. y Miller, D.
Public definitions of the alcoholic.
J. Stud. Alcohol, 22, 312-320, 1961.

Mulford, H. y Miller, D.
The prevalence and extent of drinking in Iowa.
J. Stud. Alcohol, 24, 39-53, 1963.

Mulford, H. y Miller, D.
Measuring public acceptance of the alcoholic as a sick person.
J. Stud. Alcohol, 25, 314-324, 1964.

Nathan, P. y O'Brien, J.
An experimental analysis of the behavior of alcoholics and non-
-alcoholics during prolonged experimental drinking: A necessary
precursor of behavior therapy?
Beh. Ther., 2, 455-476, 1971.

Nathan, P. Titler, N., Lowenstein, L., Solomon, Ph. y Rossi, M.
Behavioral analysis of chronic alcoholism.
Arch. Gen. Psychiat., 22, 419-430, 1970.

National Safety Council.
Accident Facts.

National Safety Council Publ., 1960.

Nedoma, K. Mellan, J. y Pendelickova, J.
Incestni pedofilni delinkvence.
Csl. Psychiat., 65, 224-229, 1969.

Negrete, J.
Les attitudes envers le comportement des alcooliques: Etude comparative dans trois sous-cultures Québécoises.
Toxicomanies, 3, 193-212, 1970.

Nerviano, V. u Gross, W.
Loneliness and locus of control for alcoholic males: validity against Murray Need and Cattell Trait dimensions.
J. Clin. Psychol., 32, 479-484, 1976.

Norén, C.
Restaurangranor.
Alkoholfragan, 64, 119-124, 1970.

Núñez, A., Rico, M., Rueda, P. y Gregori, T.
Resumen de tesis: (opinión pública sobre el alcoholismo; estudio sociológico con alcohólicos).
Drogalcohol, 4, 83-95, 1979.

Observer, A. y Maxwell, M.
A study of absenteeism, accidents and sickness payments in problem drinkers in one industry.
J. Stud. Alcohol, 20, 302-312, 1959.

O'Connor, J.
Normal and problem drinking among children.
J. Child Psychol. Psychiat. Allied Disc., 18, 279-284, 1977.

O'Leary, M., Donovan, D. y Hague, W.
Relationship between locus of control and MMPI scales among alcoholics. A replication and extension.
J. Clin. Psychol., 30, 312-314, 1974.

O'Leary, M., Donovan, D. y O'Leary, D.
Drinking patterns of alcoholics differing in levels of perceived and experienced control.
J. Stud. Alcohol, 39, 1499-1505, 1978.

Olschewski, J.
Psychologische Untersuchungen zur Persönlichkeit von Alkoholikern.
Tesis de Licenciatura para obtener el título de licenciado en Psicología, Univ. de Munich, 1974.

Orford, J. y Postoyan, S.
Drinking behavior and its determinants amongst university students in London.

Wales: 3rd. Internat. Conf. Alcohol & Addiction, 1970.

Ossenberg, R.
Social class and bar behavior during an urban festival.
Hum. Organiz., 28, 29-34, 1969.

Ottenberg, D.
Teenage alcohol abuse: Focusing our concern.
Psychiat. Opinion, 12, 6-11, 1975.

Parfrey, P.
Factors associated with undergraduate alcohol use.
Brit. J. Prev. Soc. Med., 28, 252-257, 1974.

Park, P.
Problem drinking and social orientation: A sociological study of pre-alcoholic drinking.
Yale: Yale Univ., 1958.

Parker, F.
Sex-role adjustment and drinking disposition of women college students.
J. Stud. Alcohol, 36, 1570-1573, 1975.

Parker, E., Birnbaum, I., Boyd, R. y Noble, E.
Neuropsychologic decrements as a function of alcohol intake in male students.
Alcsm. Clin. Exp. Res., 4, 330-334, 1980.

Panton, J.
A validity study of three MMPI scales measuring alcoholism.
Correctional Psychol., 5, 160-166, 1972.

Paolino, T. y McCrady, B.
The alcoholic marriage; alternative perspectives.
N. Y.: Grune & Stratton, 1977.

Peek, Ch.
Consensus on drinking norms and strength of sanctions in male collegiate friendship groups.
Duke Univ., 1971.

Pell, S. y D'Alonzo, C.
Sickness absenteeism of alcoholics.
J. Occup. Med., 12, 198-210, 1970.

Penn, J.
College student life-style and frequency of alcohol usage.
J. Am. College Hlth. Assoc., 22, 220-222, 1974.

Pérez de Francisco, C.
Alcoholismo. Aspectos psicológicos y psicopatológicos.
Actas Luso-Españolas Neurol. Psiquiat. Ciencias Afines, 2, 168-186,
1974.

Pérez de Francisco, C., Nieto Gómez, D. y Castilla, J.
Psicosis tóxicas.
El Médico, 20, 50-51, 1970.

Pfautz, H.
The image of alcohol in popular fiction: 1900, 1904 and 1946-1950.
J. Stud. Alcohol, 23, 131-146, 1962.

Pichot, O. y Reiman, S.
L'effet de l'ingestion d'alcool sur le niveau d'aspiration.
Rev. Psychol. Appl., 9, 237-247, 1959.

Pittman, D.
New approaches to the chronic drunkenness offenders.
State Govt. Chicago, 41, 164-170, 1968.

Plant, M.
Alcoholism and Occupation: A review.
Brit. J. Addiction, 72, 309-316, 1977.

Plant, M.
Occupation and alcoholism: Cause or effect? A controlled study
of recruits to the drink trade.
Int. J. Addictions, 13, 605-626, 1978.

Plaut, T.
Alcohol problems: A report to the nation by the Cooperative
Commission on the study of alcoholism.
N. Y.: Oxford Univ. Press., 1967.

Pohl, H.
Alkoholkonsum und Alkoholismus. Eine Literaturuebersicht.
Munich: Max Planck I. f. Psychiatrie, 1974.

Pohl, H. Revernstorff, D., Kohn, M. Silva, M.C., Silva, F., Feil,
W. y Wagner, A.
Projekt Trinkverhalten und Trinkprobleme: A. Tätigkeitsbericht;
B. Ergebnisbericht.
Munich: Max-Planck I. f. Psychiatrie, 1974.

Poley, W., Lea, G. y Vibe, G.
Alcoholism: A treatment manual.
N. Y.: Gardner Press, 1979.

Popham, R.
The Jellinek alcoholism estimation formula and its application to
Canadian data.
J. Stud. Alcohol, 17, 559-593, 1956.

- Popham, R.
Alcohol and alcoholism.
Toronto: Univ. Toronto Press, 1970.
- Popham, R. y Schmidt, W.
A decade of alcohol research.
Toronto: Univ. Toronto Press, 1962.
- Prendergast, T. y Schaefer, E.
Correlates of drinking and drunkenness among high-school students.
J. Stud. Alcohol, 35, 232-242, 1974.
- Preston, J.
Community norms and adolescent drinking behavior: A comparative study.
Soc. Science Quart., 49, 350-359, 1968.
- Preston, J.
Religiosity and adolescent drinking behavior.
Sociolog. Quart., 10, 372-383, 1979.
- Quereshi, M. y Soat, D.
Perception of self and significant others by alcoholics and nonalcoholics.
J. Clin. Psychol., 32, 189-194, 1976.
- Rachal, V. Hubbard, R., Williams, J. y Tuchferd, B.
Drinking levels and problem drinking among junior and senior high-school students.
J. Stud. Alcohol, 37, 1751-1761, 1976.
- Ramin, G.
Therapie des Alkoholismus-ein methodenkritischer Ueberblick.
Tesina de licenciatura para obtener el título de Licenciado en Psicología, Univ. de Munich, 1974.
- Reader, D.
Alcoholism and excessive drinking: A sociological review.
Psychol. Afric. Monogr., Suppl.3, 69, 1967.
- Reinehr, R.
Therapist and patient perceptions of hospitalized alcoholics.
J. Clin. Psychol., 25, 443-445, 1969.
- Therapist and patient perceptions of hospitalized alcoholics.
J. Clin. Psychol., 25, 443-445, 1969.
- Reinert, R.
The concept of alcoholism as a disease.
Bull. Menninger Clinic., 32, 21-25, 1968.
- Reinhardt, J.
Alcoholism and culture conflict in the U.S.A. .
Int. J. Offender Ther., 13, 177-181, 1969.

Revenstorff, D., Silva, F., Silva, M.C., Kohn, M., Pohl, H.,
Wagner, A. y Feil, W.
Projekt: "Trinkverhalten und Trinkprobleme" : Ergebnisbericht II.
Munich: Max Planck I. f. Psychiatrie, Nov. 1974.

Richardson, J.
A study of the relationship of attitudes of college students and
their parents toward consumption of alcoholic beverages.
Southern Illinois Univ. 1964.

Robinson, L. y Podnos, B.
Resistance of psychiatrists in treatment of alcoholism.
J. Nerv. Ment. Dis., 143, 220-225, 1966.

Roebuck, J.
The psychological approach to the understanding of alcoholism.
En: Cull, J. y Hardy, R. (Dirs.): Alcohol abuse and rehabilitation
approaches.
Illinois: Ch. Thomas, 1974.

Rohan, W.
Drinking behavior and "alcoholism".
J. Stud. Alcohol, 36, 908-916, 1975.

Rohsenow, D. y O'Leary, M.
Locus of control research on alcoholic populations: A review. I.
Development, scales and treatment.
Int. J. Addictions, 13, 55-78, 1978.

Roman, P. y Harrison, M.
The development of deviant drinking behavior: occupational risk
factors.
Environmental Hlth., 20, 424-435, 1970.

Roman, P. y Harrison, M.
The normalization phenomenon: Deviant drinking and the work orga-
nization.
New Orleans: 46. Annual Meeting of South-Western Soc. Assoc., 1971.

Room, R.
Normative perspectives on alcohol use and problems.
J. Drug Issues, 4, 358-368, 1975.

Room, R.
Ambivalence as a sociological explanation: The case of cultural
explanations of alcohol problems.
Am. Social. Rev., 41, 1047-1065, 1976.

Rohsenow, D. y O'Leary, M.
Locus of control research on alcoholic populations: A review. II.
Relationship to other measures.
Int. y Addictions, 13, 213-226, 1978.

Rose, G., Powell, B. u Penick, E.
Determinants of locus of control orientation in male alcoholics.
J. Clin. Psychol., 34, 250-251, 1978.

Ross, S.
Fear, reinforcing activities and degree of alcoholism: A correlational analysis.
J. Stud. Alcohol, 34, 823-828, 1973.

Rubington, E.
Referral, past treatment contacts, and length of stay in a halfway house: Notes on consistency of societal reactions.
J. Stud. Alcohol, 31, 659-668, 1970.

Rubington, E.
The hidden alcoholics.
J. Stud. Alcohol, 33, 667-683, 1972.

Ruff, C., Ayers, J. y Templer, D.
The acting-out behavior of alcoholics as related to the Eysenck Personality Inventory.
Catalog of Selected Doc. Psychol., 4, M5689, 1974.

Rule, B. y Besier, D.
Responsibility vs. illness models of alcoholism: Effects on attitudes toward an alcoholic.
J. Stud. Alcohol, 34, 264-271, 1973.

Rumbarger, J.
The social origins and function of the political temperance movement in the reconstruction of American society 1825-1917.
Univ. of Pennsylvania, 1968.

Russell, J. y Mehrabian, A.
The mediating role of emotions in alcohol use.
J. Stud. Alcohol, 36, 1508-1536, 1975.

Ryback, R.
Alcohol, the euphoric agent?
Psychology, 6, 7-12, 1969.

Ryback, R.
Alcohol amnesia.
J. Amer. Med. Ass., 212, 1524, 1970a.

Ryback, R.
Alcohol amnesia: Observations in seven drinking inpatient alcoholics.
J. Stud. Alcohol, 31, 616-632, 1970b.

Ryback, R.
The continuum and specificity of the effects of alcohol on memory; a review.
J. Stud. Alcohol, 32, 995-1016, 1971.

Ryback, R., Weinert, J. y Fozard, J.
Disruption of short-term memory in man following consumption of ethanol.

Psychonomic Science, 20, 353-354, 1970.

Rychtarik, R. y Wollersheim, J.
The role of cognitive mediators in alcohol addiction with some implications for treatment.

Catalog of Selected Doc. Psychol., 8, MS1763, 1978.

Saad, E. y Madden, J.
Certified incapacity and unemployment in alcoholics.
Brit. J. Psychiat., 128, 340-345, 1976.

Sadava, S.
Etiology, personality and alcoholism.
Can. Psychol. Rev., 19, 198-214, 1978.

Sadava, S.W., Thistle, R. y Forsyth, R.
Stress, escapism and patterns of alcohol and drug use.
J. Stud. Alcohol, 39, 725-736, 1978.

Sadoun, R., Lolli, G. y Silverman, M.
Drinking in French culture.
New Brunswick: Rutgers Center Alc. Stud., 1965.

Saint, E.
Alcohol and society.
Med. J. Australia, 2, 69-76, 1969.

Sandler, I., Palmer, S., Holmen, M. y Wynkoop, R.
Drinking characteristics of DWIs screened as problem drinkers.
Alcohol Hlth. Res. World, Exp. Issue, 19-23, 1975.

Santo-Domingo, J.
The fight against alcoholism in Spain.
Alcoholism, 4, 120-122, 1968.

Santo-Domingo, J.
Evolución del problema de las drogas.
Ponencia presentada en el "I Simposio sobre la Droga", Madrid, Feb. 1981.

Santo-Domingo, J. y Calvo, R.
Modificaciones conductuales humanas en la intoxicación alcohólica experimental.
Rev. Psicol. Gen. Aplic., 32, 555-571, 1977.

Sargent, M.
The conception of alcoholism as a mental illness: Comment on the article by R. A. Moore, and a sociological alternative.
J. Stud. Alcohol, 29, 974-978, 1968.

Sargent, M.
A cross-cultural study of attitudes and behavior towards alcohol and drugs.
Brit. J. Social., 22, 83-86, 1971.

Saunders, W. y Kershaw, P.W.
The prevalence of problem drinking and alcoholism in the West of Scotland.
Brit. J. Psychiat., 133, 493-499, 1978.

Schaefer, H., Sobell, M. y Mills, K.
Baseline drinking behaviors in alcoholics and social drinkers.
Beh. Res. Ther., 9, 23-27, 1971.

Scheff, T.
Being mentally ill: a sociological theory.
Frankfurt: Fischer, 1973.

Schilling, M. y Carman, R.
Internal-external control and motivations for alcohol use among high school students.
Psychol. Reports, 42, 1088-1090, 1978.

Schmidt, L.
Alkoholismus als soziales Problem in der Grossstadt.
Z. Aerztl. Fortb., 55, 5, 1966.

Schmidt, W.
The prevalence of alcoholism and drug addiction in Canada.
Alkoholfragen, 63, 63-70, 1969.

Schmidt, W. y Bronetto, J.
Death from liver cirrhosis and specific alcoholic beverage consumption USA-1950.
Am. J. Publ. Hlth., 52, 1473, 1962.

Schmidt, W. y Delint, J.
Mortality experiences of male and female alcoholic patients.
J. Stud. Alcohol, 30, 112-118, 1969.

Schmidt, W. y Delint, J.
Estimating the prevalence of alcoholism from alcohol consumption and mortality data.
J. Stud. Alcohol, 31, 957-964, 1970.

Schmidt, W. y Smart, R.
Alcoholics, drinking and traffic accidents.
J. Stud. Alcohol, 20, 631-644, 1959.

Schmidt, W. Smart, R. y Moss, M.
Social class and the treatment of alcoholism-an investigation of social class as determinant of diagnosis, prognosis and therapy.
Toronto: Toronto Univ. Press, 1968.

Schmidt, W. y Delint, J.
Causes of death of alcoholics.
J. Stud. Alcohol, 33, 171-185, 1972.

Schneidman, E. y Farberow, N.
Clues to suicide.
Publ. Hlth. Rep., 71, 100, 1956.

Schuckit, M.
Alcoholism in young men.
Am. J. Drug Alcohol Abuse, 4, 581-592, 1977.

Schuckit, M. y Gunderson, E.
The association between alcoholism and job type in the U.S. Navy.
J. Stud. Alcohol, 35, 577-585, 1974.

Schuckit, M., Gunderson, E., Heckman, N. y Kolb, D.
Family history as a predictor of alcoholism in U.S. Navy personnel.
J. Stud. Alcohol, 37, 1678-1685, 1976.

Schwartz, M. y Graham, J.
Construct validity of the MacAndrew Alcoholism Scale.
J. Consult. Clin. Psychol., 47, 1090-1095, 1979.

Schwarz, R., Burkhart, B. y Green, S.
Turning on or turning off: Sensation seeking or tension reduction
as motivational determinants of alcohol use.
J. Consult. Clin. Psychol., 46, 1144-1145, 1978.

Schwartzman, J.
Under the influence: The alcoholic and his family.
Drug Forum, 6, 177-185, 1977.

Seeley, J.
The W.H.O. definition of alcoholism.
J. Stud. Alcohol, 20, 352-356, 1959a.

Seeley, J.
Estimating the prevalence of alcoholism: A critical analysis of
the Jellinek formula.
J. Stud. Alcohol, 20, 245-254, 1959b.

Seeley, J.
Alcoholism prevalence: An alternative estimation method.
J. Stud. Alcohol, 21, 500-505, 1960.

Shaw, D. y Campell, E.
Internalization of a moral norm and external support.
Social. Quart., 3, 57-71, 1962.

Shortt, R. y Vogel-Sprott, M.
Social drinkers' self-regulation of alcohol intake.
J. Stud. Alcohol, 39, 1290-1293, 1978.

- Siassi, I., Crocetti, G. y Spiro, H. .
Drinking patterns and alcoholism in a blue-collar population.
J. Stud. Alcohol, 34, 917-926, 1973.
- Siegler, M., Osmond, H. y Newell, St.
Models of alcoholism.
J. Stud. Alcohol, 29, 571-591, 1968.
- Silva, F., Silva, M.C., Pohl, H., Revenstorff, D. y Brengelmann, J.C.
Characteristics discriminating among alcoholics, problem drinkers and normal drinkers.
Munich: Max Planck J. f. Psychiatrie, Comunicación de proyecto.
- Silva, F. y López, M.C.
Un cuestionario para la evaluación de problemas relacionados con la ingestión de alcohol: análisis zonal y validación cruzada de aspectos estructurales.
Anal. y Mod. Cond., 4, 89-110, 1978.
- Silva, F., Revenstorff, D., Silva, M.C. y Brengelmann, J.C.
Criterios y determinantes del exceso alcohólico.
Anal. y Mod. Cond., 2, 165-184, 1976.
- Sjövall, E.
Alkohol und Lebercirrhose.
Deutsche Zchr. Ges. Gerichtl. Med., 41, 10, 1952.
- Skolnick, J.
The stumbling block. A sociological study of the relationship between selected religious norms and drinking behavior.
Tesis de Doctorado en Filosofía (Psicología), Univ. de Yale, 1957.
- Skolnick, J.
Religious affiliation and drinking behavior.
J. Stud. Alcohol, 19, 452-470, 1958.
- Skuja, A., Wood, D. y Bucky, S.
Reported drinking among posttreatment alcohol abusers: A preliminary report.
Am.J. Drug. Alcohol Abuse, 3, 473-483, 1976.
- Smart, R. y Waller, J.
On alcoholics and their accidents.
J. Safety Res., 1, 170-178, 1967.
- Smythe, D.
Alcoholism as a symptom of social disorder: An ecological view.
Sozialpsychiat., 1, 144-151, 1966.
- Snyder, Ch.
Alcohol and the Jews: A cultural study of drinking and sobriety.
Glencoe: Free Press, 1958.

- Snyder, Ch.
Culture and Jewish sobriety-the ingroup outgroup factor.
N. Y.: Wiley, 1962.
- Snyder, S.H.
Biological aspects of mental disorder.
N. Y.: Oxford Univ. Press, 1980.
- Sobell, M., Schaefer, H. y Mills, K.
Differences in baseline drinking behavior between alcoholics and normal drinkers.
Beh. Res. Ther., 10, 257-267, 1972.
- Sobell, M. y Sobell, L.
Individualized behavior therapy for alcoholics.
Beh. Ther., 4, 49-72, 1973.
- Sobell, M. y Sobell, L.
Behavioral treatment of alcohol problems.
N. Y.: Plenum Press, 1978.
- Soederlind, E.
Alkoholreklamen i pressen.
Alkoholfragan, 63, 299-301, 1969.
- Sororow, G., Rosenberg, O. y Ferneau, E.
Attitudes towards drug and alcohol addiction: Patients and staff.
Brit. J. Addiction, 32, 14-21, 1972.
- Spicer, F.
La capacité de travail des alcooliques.
Alcoholism, 5, 39-42, 1969.
- Steffen, J., Nathan, P. y Taylor, H.
Tension-reducing effects of alcohol: Further evidence and some methodological considerations.
J. Abn. Psychol., 83, 542-547, 1974.
- Steinglass, P.
The impact of alcoholism on the family. Relationship between degree of alcoholism and psychiatric symptomatology.
J. Stud. Alcohol, 42, 288-302, 1981.
- Steinglass, P., Weiner, S. y Mendelson, J.
Interactional issues as determinants of alcoholism.
Am. J. Psychiat., 128, 275-280, 1971.
- Stern, G.
Public drunkenness: Crime or health problem?
Ann. Am. Acad. Polit. Soc. Sciences, 374, 147-156, 1967.

Storm, T. y Cutler, R.
Alcohol consumption and personal resources: A general hypothesis
and some implications.
J. Stud. Alcohol, 36, 917-924, 1975.

Storm, T. y Cutler, R.
Notes toward the analysis of loss of control in normal and
pathological drinkers.
Brit. J. Addictions, 70, 151-155, 1975.

Strassburger, F. y Strassburger, Z.
Measurement of attitudes toward alcohol and their relation to
personality variables.
J. Consult. Psychol., 29, 440-445, 1965.

Straus, R.
Public attitudes regarding problem drinking and problem eating.
Ann. N. Y. Acad. Science, 133, 792-802, 1966.

Straus, R.
The life record of an alcoholic.
J. Stud. Alcohol, 34, 1212-1219, 1973.

Straus, R.
Drinking in college.
New Haven: Yale Univ. Press, 1953.

Sundby, P.
Alcoholism and mortality-Alcohol research in the Northern
countries.
Oslo: Universitetsforlaget, 1967.

Sytinsky, I.
A schema of the etiology of alcoholism as a pathological motiva-
tion.
J. Stud. Alcohol, 34, 1140-1145, 1973.

Szasz, T.
Alcoholism: A sociomedical perspective.
Washburn Law J., 6, 255-268, 1967.

Takala, M., Toivo, A. y Markkanen, T.
The effects of distilled and brewed beverages: A physical,
neurological and psychological study.
Finnland: Suomalisen Kirjallisuuden Kirjapaino, 195, 1977.

Tamerin, J.
Alcohol and memory: Amnesia and short-term memory function during
experimentally induced intoxication.
Am. J. Psychiat., 127, 1659-1664, 1971.

- Tamerin, J. y Neumann, Ch.
The alcoholic stereotype: clinical reappraisal and implications for treatment.
Am. J. Psychoanalysis, 34, 315-323, 1974.
- Tamerin, J. y Mendelson, J.
The psychodynamics of chronic inebriation: Observation of alcoholics during the process of drinking in an experimental group setting.
Am. J. Psychiat., 125, 886-899, 1969.
- Tamerin, J., Weiner, Sh. y Mendelson, J.
Alcoholics' expectancies and recall of experiences during intoxication.
Am. J. Psychiat., 126, 1697-1704, 1970.
- Tardif, G.
Alcoolisme et violence.
Toxicomanies, 1, 125-134, 1968.
- Tarter, R.
Personality characteristics of male alcoholics.
Psychol. Report., 37, 91-96, 1975.
- Teed, R.
The effect of interpersonal contact with female alcoholics on the attitudes of counseling students.
Arizona State Univ., 1968.
- Teitelbaum, H.A. y Garnt, H.
The effect of alcohol on sexual reflexes and sperm count in the dog.
J. Stud. Alcohol, 19, 394-398, 1958.
- Tracey, D. y Nathan, P.
Behavioral analysis of chronic alcoholism in four women.
J. Cons. Clin. Psychol., 44, 832-842, 1976.
- Trentini, G., Carli, R. y Pandovani, F.
Contributo sperimentale alla ricerca degli effetti dell'alcool nelle strutture relazionali dell'ego con la realtà sociale e con il principio d'autorità.
Contributi dell'Istituto di Psicologia, 30, 513-547, 1970a.
- Trentini, G. y Vegetti, S.
Contributo sperimentale allo studio degli effetti dell'alcool sulla psicodinamica dell'individuo normale.
Contributi dell'Istituto di Psicologia, 30, 548-597, 1970b.
- Trice, H.
Alcoholism: Group factors in etiology and therapy.
Human Organization, 15, 33-40, 1956.
- Trice, H.
A study of the process of affiliation with alcoholics anonymous.
J. Stud. Alcohol, 18, 39-54, 1957.

Trice, H.
The job behavior of problem drinkers.
N. Y.: Wiley, 1962.

Trice, H.
Alcoholic employees: A comparison with psychotic, neurotic and
"normal" personnel.
J. Occup. Med., 7, 94, 1965.

Trice, H. y Roman, P.
Delabeling, relabeling and alcoholics anonymous.
Social Problems, 17, 538-546, 1970.

Trice, H. y Wahl, J.
A rank order analysis of the symptoms of alcoholism.
J. Stud. Alcohol, 19, 636-684, 1952.

Tolor, A. y Tamerin, J.
The question of a genetic basis for alcoholism: Comment on the
study by Goodwin et al., and a response.
J. Stud. Alcohol, 34, 1341-1347; 1973.

Ullman, A.
Sociocultural backgrounds of alcoholism.
Ann. Amer. Acad. Pol. Soc. Sci., 315, 48-54, 1958.

Vanderpool, J.
Alcoholism and the self-concept.
J. Stud. Alcohol, 30, 59-77, 1969.

Van-Dijk, W.
Alcoholism, a many-sided problem.
En: Mendlewicz, J. y Van-Praag, H. (Dirs.): Alcoholism: A
multidisciplinary approach.
N. Y.: Karger, 1979.

Vannicelli, M.
Changes in mood and self-perception of alcoholics: A comparison
of sober and intoxicated states.
Diss. Abstr., 331, 1971.

Valseschini, S.
L'opinione sulle bevande alcoliche: Un problema di medicina so-
ciale e di iniezione mentale.
Difesa Sociale, 48, 51-84, 1969.

Vannicelli, M.
Mood and self-perception of alcoholics when sober and intoxicated.
I. Mood change. II. Accuracy of self-prediction.
J. Stud. Alcohol, 33, 341-357, 1972.

Vasev, C., Milosavcevic, V., Petrovic, D. y Parlolic, K.
Alkoholizamuzrok cestih promena radne organizacije.
Alkoholizam, 8, 37-45, 1968.

Verden, P.
The concept of ambivalence with reference to alcohol use and
misuse in American culture.
Int. J. Soc. Psychiat., 14, 252-259, 1968.

Verden, P., Jackson, D. y King, G.
Popular conceptions of the etiology of alcoholism: A multidimen-
sional investigation.
J. Stud. Alcohol, 30, 78-92, 1969.

Viquiera, C. y Palem, A.
Alcoholismo, brujerío y homicidio en dos comunidades rurales
de México.
Amer. Indig., 14, 7-36, 1954.

Vogel-Sprott, M.
Alcohol effects on human behavior under reward and punishment.
Psychopharmacologia, 11, 337-344, 1967a.

Vogel-Sprott, M.
Individual differences in suppressing effect on punishment on a
reward response in alcoholics.
J. Stud. Alcohol, 28, 33-42, 1967b.

Vogel-Sprott, M.
Alcoholism as learned behavior: Some hypotheses and research.
Alcoh. Beh. Res. Ther. Approaches, 1967c.

Vogler, R.
Recent advances in behavior modification techniques for alcoholics.
Ponencia presentada en el 4. Congreso de GVT y de DEV., Muenster,
July 1972.

Vollmer, H. y Kraemer, S.
Ambulante Behandlung des Alkoholismus: Erfahrungen aus der
verhaltenstherapeutischen Arbeit mit jungen Alkoholabhaengigen.
Munich: G. Roettger, 1981.

Wahl, S.
The activities of the woman's Christian temperance union of the
State of New York in relation to alcoholic beverage legislation
in New York State 1934-1960.
N. Y.: Univ. of New York, 1966.

Wallace, J.
Drinkers and abstainers in Norway: A national survey.
J. Stud. Alcohol, 6, 129-151, 1972.

- Waller, J.
Identification of problem drinking among drunken drivers.
J. Am. Med. Ass., 200, 114-120, 1967.
- Waller, S. y Day, B.
First drinking experiences and present drinking patterns: A male-
-female comparison.
Am. J. Drug Alcohol Abuse, 4, 109-121, 1977.
- Waller, S. y Lorch, B.
First drinking experiences and present drinking patterns: A male-
-female comparison.
Am. J. Drug Alcohol Abuse, 4, 109-121, 1977.
- Waller, S. y Lorch, B.
First drinking experiences and present drinking patterns: A male-
-female comparison.
Am. J. Drug Alcohol Abuse, 4, 109-121, 1977.
- Ward, D.
Alcoholism: Introduction to theory and treatment.
I. A.: Kendall/Hunt, 1980.
- Warkow, S., Seldon, B. y Hawkins, A.
Social correlates of industrial problem drinking.
J. Stud. Alcohol, 26, 58-71, 1965.
- Watson, J.
Alcohol and the accident department.
Brit. J. Addict., 64, 223-230, 1969.
- Wechsler, H., Demone, H. y Gottlieb, N.
Drinking patterns of Greater Boston adults: Subgroup differences
on the QFV Index.
J. Stud. Alcohol, 39, 1158-1165, 1978.
- Wechsler, H., Kasey, E., Thum, D. y Demone, H.
Alcohol level and home accidents; a study of emergency service
patients.
Publ. Hlth. Reports, 84, 1043-1056, 1968.
- Wechsler, H. y Thum, D.
Teen-age drinking, drug use and social correlates.
J. Stud. Alcohol, 34, 1220-1227, 1973.
- Weil, M. W. (Dir.)
Sociological perspectives in marriage and the family: Concepts
and readings.
Illinois: Interstate Printers and Publ., 1979.
- Weiner, S., Tamerin, J., Steinglass, P. y Mendelson, J.
Familial patterns in a chronic alcoholism: A study of a father
and son during experimental intoxication.
Am. J. Psychiat., 127, 1646-1656, 1971.

Weissbach, Th., Vogler, R. y Compton, J.
Comments on the relationship between locus of control and alcohol abuse.

J. Clin. Psychol., 32, 484-486, 1976.

Welsh, B.

Alcoholic women and wives of alcoholics: A personality and social class analysis.

Humboldt J. Social Relations, 2, 50-56, 1975.

Werberg, L.

Alcoholism as a sickness.

J. Stud. Alcohol, 12, 217-230, 1951.

Whitfield, C.

Children of alcoholics: treatment issues.

Maryland St. Med. J., 29, 89-91, 1980.

Whitlock, F. y Schapira, K.

Attempted suicide in Newcastle upon Tyne.

Brit. J. Psychiat., 113, 423-434, 1967.

Wieser, S.

Ueber das Trinkverhalten der allgemeinen Bevoelkerung und Stereotype des Abstinenten und Trinker . Eine empirische sozio-psychiatrische Studie im Bundesland Bremen.

Fortchr. Neurol. Psychiat., 36, 485-509, 1968.

Wieser, S.

Das Trinkverhalten der Deutschen-Eine medizin-soziologische Untersuchung.

Nicolai: Herford, 1973.

Wilkins, R.

The hidden alcoholic in general practice.

Brit. J. Addiction, 70, 12-17, 1975.

Wilkinson, P., Kornaczewski, A., Rankin, J. Santamaria, J.

Physical disease in alcoholism.

Med. J. Aust., 58, 1217-1223, 1971.

Wilkinson, R.

Drinking problems and cultural drinking patterns.

Stanford: Stanford Univ. Press, 1971.

Williams, A.

Validation of a college problem drinking scale.

J. Project. Techn. Pers. Ass., 31, 33-40, 1967.

Williams, A.

Causes of alcohol abuse.

En: Cull, J. y Hardy, R. (Dirs.): Alcohol abuse and rehabilitation approaches.

Springfield: Ch. Thomas, 1974.

- Wilson, A., Mobry, E., Khavari, K. y Dalpes, D.
Discriminant analysis of MMPI profiles for demographic classifications of male alcoholics.
J. Stud. Alcohol, 38, 47-57, 1977.
- Wiseman, J.
Sober comportment: Patterns and perspectives on alcohol addiction.
J. Stud. Alcohol, 42, 106-125, 1981.
- Woititz, J.
Alcoholism and the family: A survey of the literature.
J. Alcohol Drug Educ., 23, 18-23, 1978.
- Wolf, I., Chafetz, E., Zlane, H. y Hill, T.
Social factors in the diagnosis of alcoholism in social and non-social situations. II: Attitudes of phisicians.
J. Stud. Alcohol, 26, 72-79, 1965.
- Wolin, S., Bennett, L. y Noonan, D.
Family rituals and the recurrence of alcoholism over generations.
Am. J. Psychiat., 136, 589-593, 1979.
- Yakichuk, A.
A study of the self-concept evaluations of alcoholics and non-alcoholics.
J. Drug. Educ., 8, 41-49, 1978.
- Young, G.
The perceptual accuracy of certain student personnel administrators when estimating the drinking behavior of college men at a selected institution.
The Florida State Univ., 1966.
- Zax, M., Gardner, E. y Hart, W.
Public intoxication in Rochester; A survey of individuals charged during 1964.
J. Stud. Alcohol, 25, 669-678, 1964.
- Zax, M., Gardner, E. y Hart, W.
A survey of the prevalence of alcoholism in Monroe County, N. Y. 1961.
J. Stud. Alcohol, 28, 316-327, 1967.
- Zelhart, P.
Types of alcoholics and their relationship to traffic violations.
J. Stud. Alcohol, 33, 811-813, 1972.
- Zimberg, Sh.
The elderly alcoholic.
The Gerontologist, 6, 221-224, 1974.

- 377 -

Zimering, S. y Calhoun, J.
Is there an alcoholic personality?
J. Drug Ed., 6, 97-103, 1976.

Zwerling, S. y Rosenbaum, W.
Alcoholic addiction and personality.
En: Arieti, S. (Dir.): American Handbook of Psychiatry.
N. Y.: Basic Books, 1959.



BIBLIOTECA